

AUG 11 1921

Medical Lib

VI<sup>e</sup> Série. — Tome II.

N<sup>o</sup> 6

**ANNALES**  
**DE**  
**DERMATOLOGIE**  
**ET DE**  
**SYPHILIGRAPHIE**

FONDÉES PAR A. DOYON

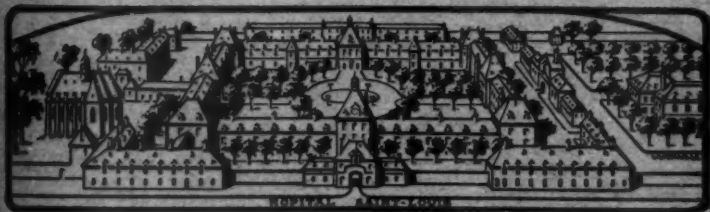
SIXIÈME SÉRIE

Publiées par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROcq (Paris). — J. DARIER (Paris).  
W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).  
J. NICOLAS (Lyon). — R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBIERGE (Paris)

et P. RAVAUT (Paris)

RÉDACTEUR EN CHEF



**MASSON ET C<sup>IE</sup>, ÉDITEURS**  
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, PARIS

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Dr Paul RAVAUT, Médecin à Paris  
17, rue Ballu, Paris IX<sup>e</sup>. (Téléph. : Gutenberg 04.92).

Prix de l'abonnement pour 1921 (12 numéros à paraître)

France : 40 fr. ; Étranger : 45 fr.

Le numéro : 4 fr. — Changement d'adresse : 1 fr.

L'abonnement aux Annales de Dermatologie donne droit au service gratuit du  
Bulletin de la Société de Dermatologie

## SAPO-CRÈME

CRÈME DE SAPOLAN

rafraîchissante antiprurigineuse

50 O/O d'hydrolats

## SAPO-CADE

Huile de cade vraie.

Sapolan, Ichtyol.

Séborrhées, Impétigo.

Psoriasis, Prurits,

Eczémas,

Lichens.

**SAPOLAN** NOIR ou BLANC  
SÉCHÉ  
POUDRE  
SAVON  
LAIT  
Adoucissant - Rongeurs  
Gercures - Crevasses  
GAZE au SAPO-CRÈME  
Pansement aseptique — cicatrise  
n'adhère pas à la peau.  
Prescrit avec succès par les Professeurs Minck,  
Spiegel, Kreibich, Kaposi, Lassar, Unna  
et dans les hôpitaux de Paris, St-Louis, Broca et de Province.  
ÉCHANTILLONS. VENTE EN GROS. CORRESPONDANCE : CAVAILLÉ  
34, rue de TURIN, à PARIS. Tél. : Louvre 19-63  
Détail : Pharmacie, 9, rue du 4-Septembre, Paris et Ph...

## PHOSPHOGENE DE L. PACHAUT

Réalisation de la forme la plus efficace de la Médication Phosphorée : Épuisement, Fatigue du  
Système nerveux, Anémie. — Un cachet à déjeuner et dîner. — 130, Boulevard Haussmann, Paris.

## VALERIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.  
DE 1 A 6 GOUTTES À CADA PAIN JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.



t  
g  
l  
v  
t  
r  
f  
N

P  
p  
c  
b  
c  
a  
c  
N  
B  
N  
tr



## TRAVAUX ORIGINAUX

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DERMATITE CHRONIQUE ATROPHIQUE

(ÉRYTHROMÉLIE DE PICK)  
(ACRODERMATITIS CHRONICA ATROPHICANS DE HERXHEIMER)

Par

L.-M. PAUTRIER

et

Mlle OLGA ELIASCHEFF

Professeur de clinique  
des maladies cutanées.

Chef de laboratoire de la clinique  
des maladies cutanées.

(Faculté de médecine de Strashourg)

Il existe une véritable dermatologie régionale. Celle des pays tropicaux n'est pas celle des climats tempérés. La flore mycologique varie d'une contrée à l'autre comme la flore botanique. Dans nos pays à climats moyens eux-mêmes, nous voyons, suivant la latitude et les conditions atmosphériques, certaines dermatoses se raréfier ou se présenter en grand nombre : le lupus, rarissime dans les pays insolés du Sud de l'Europe, devient d'une fréquence de plus en plus grande à mesure qu'on s'élève vers le Nord.

Or le groupe des atrophies dites idiopathiques de la peau et en particulier le groupe des dermatites chroniques atrophiques paraît avoir pour territoire de prédilection les pays de l'Europe centrale. C'est là que Pick, à Prague, Herxheimer, à Francfort, baptisent, le premier l'érythromélie, le second l'*acrodermatitis chronica atrophicans*. Sur près de 70 observations que nous avons pu relever dans la littérature dermatologique, à côté des cas de Touton, Pospelow, Buschwald, Pick, Unna, Kaposi, Neumann, Brunhs, Boer, Rille, Klingmuller, Juliusberg, Huber, Bechert, Herxheimer et Hartmann, Kreibich, Riehl, Malinowski, Nobl, Beck, Rusch, allemands, autrichiens et polonais, nous ne trouvons que deux cas américains d'Elliot et de Bronson (celui-ci

ayant trait à un Allemand immigré), trois cas italiens : de Breda, de Colombini, de Vignolo-Luttati, et deux cas français, présentés récemment à la Société de Dermatologie, l'un par M. Thibierge, l'autre par M. Garnier.

Or, à mesure qu'on se rapproche du Rhin, on semble entrer dans le domaine de la dermatite chronique atrophique et un an après notre arrivée à Strasbourg nous en avons déjà vu deux cas.

Cette affection n'est pas encore bien connue en France, et c'est peut-être une des raisons qui expliquent la rareté des observations publiées. Pour qui en a lu une bonne description, la reconnaître est pourtant chose aisée, tant son aspect est particulier.

Cette bonne description, c'est Civatte qui nous l'a donnée le premier, en 1908, dans ses lettres de Berlin qui offrent ce double mérite d'exposer de bonne dermatologie, dans un français élégant et alerte à lire.

Plus copieusement servi que nous par la fortune, Civatte observait quatre cas en trois semaines. Ce qui était rarissime à Paris devenait monnaie courante à Berlin. Nous avons donc raison de dire que nous ne sommes ici qu'en marge du domaine de la dermatite atrophique puisqu'il nous a fallu un an pour en grouper deux cas.

De ces deux cas, le second fera l'objet d'un travail ultérieur, que justifieront certaines particularités un peu anormales qu'il présente.

Nous préférons nous borner à l'exposé du premier cas qui lui, par contre, est vraiment classique et complet. Bien que ce ne soit pas là un sujet nouveau il nous a paru qu'il n'était pas dénué d'intérêt et qu'il ne serait pas tout à fait inutile de broser de nouveau les contours d'un tableau qui ne nous est pas encore tout à fait familier.

D'ailleurs la question des atrophies chroniques de la peau n'est pas sans soulever encore nombre de problèmes qu'il y a intérêt à discuter, alors même que l'on est encore incapable d'en proposer la solution. Enfin la discussion qui a accompagné à la Société de Dermatologie la présentation des cas de M. Thibierge et de celui de M. Garnier, les rapprochements et les dissimilitudes que l'on a voulu établir entre eux, montrent que l'on n'est pas encore arrivé chez nous à arrêter d'un trait précis le contour de la dermatite chronique atrophique et à fixer les rapports qu'elle offre avec certaines dermatoses voisines.

Et. Jacob, 38 ans, travaille comme cultivateur et manœuvre; marié; quatre enfants bien portants; sa femme n'a jamais fait de fausses couches.

La dermatose actuelle a commencé à l'âge de 16 ans, soit il y a 22 ans et a débuté au niveau du mollet gauche.

#### ÉTAT ACTUEL

*Topographie* : Les lésions occupent symétriquement les deux membres inférieurs, mais sont nettement plus prononcées à gauche. Elles s'étendent depuis la face dorsale des pieds jusqu'au niveau de la hanche. Au niveau du pied elles occupent les faces externe et interne, respectant à peu près la face dorsale; au niveau de la jambe elles entourent toute la circonférence du membre et sur la cuisse elles s'étendent surtout sur la face externe.

Les membres supérieurs sont absolument indemnes, ainsi que tout le reste du corps.

*Pied gauche.* — La face dorsale du pied paraît à peu près saine dans toute sa partie médiane. Les lésions, assez nettement limitées, dessinent une sorte de sandale de deux à trois centimètres de large, qui suit assez exactement le bord externe du pied, puis de là remontent en nappe uniforme, recouvrant toute la malléole externe et viennent se confondre avec les lésions du mollet. La couleur de ces lésions est d'un rouge violacé foncé, masquée à la limite inférieure par une fine desquamation furfuracée, se détachant assez facilement au grattage. Sur tout le reste des lésions, le fond rouge violacé uniforme est parcouru par un réseau veineux abondant, apparaissant par transparence. L'épiderme est fané, plissé, en pelure d'oignon, formant par places des plis assez larges, qui s'effacent facilement lorsque l'on tend les téguments entre deux doigts.

Au toucher on a une sensation spéciale : la peau, tout en étant manifestement atrophiée et amincie, donne une sensation de papier mouillé. Aucune infiltration appréciable en profondeur.

Sur le bord interne du pied, les lésions sont moins étendues; elles ne débutent qu'au pourtour de la malléole. Leur limitation est également assez nette au niveau du bord inférieur et du bord interne. Elles remontent le long de la cheville et vont se confondre avec les lésions du mollet.

*Jambe gauche.* — La portion inférieure du mollet, sur une hauteur d'environ dix centimètres, présente une teinte rouge brunâtre et violacé foncé, formant une sorte d'anneau circulaire autour du membre, dont la limite supérieure est assez nette, qui s'arrête nettement aussi sur la partie médiane de la cheville et qui, sur les parties latérales, se confond avec les lésions malléolaires déjà décrites. Sur la face externe, cette zone présente trois ulcérations serpigneuses, à bords irréguliers, et qui à l'entrée du malade étaient recouvertes de croûtes baignées de pus et assez profondément creusées. Il semble bien que l'on ait affaire à des lésions banales; au dire du malade elles seraient

consécutives à un traumatisme. De fait, sous l'influence de pansements humides, elles se sont rapidement détergées et comblées.

Au niveau de la face interne de cette zone la peau a perdu notablement de sa mobilité; elle ne se laisse pas plisser; on ne la mobilise qu'avec peine et il semble qu'il y ait un début de processus de sclérose, avec adhérence des téguments.

Dans toute cette manchette érythémato-scléreuse les poils sont presque totalement absents.

Assez brusquement, au-dessus de cette manchette, apparaissent des lésions différentes d'aspect.

La peau reprend une coloration presque normale sur la face externe de la jambe, mais cependant nettement teintée de rose, tandis que sur la face interne elle conserve une teinte érythémateuse assez claire et tirant sur le bistre.

Mais, dans toute cette région, qui s'étend jusqu'au-dessous du genou, la peau est manifestement atrophiée; elle est fanée, plissée et laisse apercevoir par transparence, avec la plus grande netteté, le réseau veineux sous-jacent.

Si l'on prend la peau entre les doigts, elle se laisse plisser très facilement en grands plis mous, qui mettent quelques secondes à se déplisser et qui même ne disparaissent pas entièrement.

Les poils reparaissent dans cette zone; peut-être y sont-ils un peu plus rares, mais ils ne présentent aucune altération appréciable.

Ces lésions occupent, nous le précisons, aussi bien la crête tibiale que les faces latérales et postérieure du membre. Cependant, à la face postérieure elles s'arrêtent un peu au-dessus de la masse du triceps crural, tandis que par-devant et sur les côtés elles viennent se confondre avec les lésions que nous allons décrire.

*Genou.* — Toute la région de l'articulation du genou présente une teinte d'un rouge violacé foncé, se dégradant peu à peu par en bas pour se confondre avec les lésions de la jambe, et présentant au contraire une limitation nette du côté de la cuisse.

Ce qui frappe au premier aspect, en dehors de la teinte rouge violacé, ce sont les plis que forme la peau, qui paraît manifestement trop grande pour les parties à recouvrir. Elle est comme recroquevillée sur elle-même, parcourue par une sorte de quadrillage très lâche, qui dessine des sortes d'écailles. En plus de sa teinte rouge l'épiderme paraît également brillant et donne l'impression d'une très mince pellicule de collodion qui se serait desséchée et craquelée.

Les poils sont totalement détruits dans cette zone. Sur la face latérale interne du genou, si l'on distend la peau, on voit, sur le fond de rougeur, transparaître un piqueté blanchâtre, dont chaque élément a la forme d'une petite tête d'épingle blanche et fait une légère saillie à l'œil et au doigt, donnant même au toucher une petite impression rugueuse. Il semble évident qu'il s'agisse des follicules pilo-sébacés, devenus perceptibles à travers l'épiderme atrophié.

Au toucher, on a une impression pâteuse, qui rappelle les comparaisons qui ont été déjà données: peau de chamois ou papier chardin

mouillés. La peau se laisse distendre et plisser avec la plus grande facilité. Les gros plis formés mettent plusieurs secondes à se déplisser et même ne disparaissent pas entièrement.

En résumé, cette lésion du mollet gauche présente à ses deux extrémités, malléoles et genou, des lésions atrophiques mais encore en activité et manifestement très érythémateuses, tandis que la partie



centrale, qui occupe presque toute la hauteur du membre, ne présente plus que de l'atrophie, avec réseau veineux apparaissant à travers l'épiderme pâli et aminci.

La musculature sous-jacente paraît aussi légèrement atrophiée : la mensuration de la partie médiane du mollet gauche donne 29 centimètres pour 33 du côté droit.

*Cuisse gauche.* — Presque immédiatement au-dessus de la lésion

que nous venons de décrire, les lésions reprennent sur toute l'étendue de la cuisse, mais avec un aspect sensiblement différent au niveau des faces antéro-externe et interne, qui méritent d'être décrites séparément.

La face antéro-externe présente un aspect sensiblement analogue à celui du mollet. Sur toute la hauteur du membre la peau est d'un rouge violacé clair ; l'épiderme est manifestement atrophié, aminci, fané et plissé. La forme des plis mérite ici d'être décrite d'une façon un peu spéciale. Ils décrivent de véritables petites saillies linéaires, qui se poursuivent en ligne plus ou moins droite, sur plusieurs centimètres de longueur. Elles sont en général parallèles les unes aux autres ; quelques-unes s'entrecoupent en divers sens. On dirait un fin parchemin que l'on aurait mouillé et qui en séchant se ratatinerait et formerait ces plis. Par places on pourrait également penser à du papier à cigarettes plissé.

Au toucher, la peau est toujours amincie et un peu pâteuse ; elle laisse voir par transparence le réseau veineux sous-jacent, très abondant et qui paraît légèrement variqueux.

A la face interne de la cuisse, l'érythème est beaucoup plus pâle ; c'est à peine s'il subsiste une légère teinte rosée. On note toujours l'atrophie et le plissement de l'épiderme, mais en plus des éléments d'aspect nouveau. Ils se présentent sous forme de sortes de vergetures arrondies ou ovalaires, de 5 à 10 millimètres de diamètre, de couleur blanchâtre, légèrement déprimées par rapport aux tissus environnants, dont la bordure est dessinée par la plicature de la peau du pourtour. Au toucher, à ce niveau, le doigt s'enfonce dans une très légère dépression. Ces lésions rappellent un peu l'anétodermie érythémateuse de Jadassohn.

Il paraît exister une légère atrophie musculaire de toute la cuisse ; sa mensuration, à la partie moyenne, donne 45 centimètres à gauche, pour 46 à droite.

La partie supérieure de la face postérieure de la cuisse paraît à peu près respectée et, de la face externe du membre, les lésions remontent sur la fesse et la hanche gauche, jusqu'au niveau de la crête iliaque. De là, elles gagnent la région lombaire et viennent mordre sur la partie supérieure de la fesse droite, où elles s'éteignent progressivement, sans limitation nette.

*Membre inférieur droit.* — Les lésions siègent de la cheville à la rotule, symétriquement à celles de la jambe gauche, mais nettement moins prononcées.

Au niveau du pied elles occupent surtout la face externe et la malléole externe ; du côté interne, elles ne débutent que sur la malléole elle-même et présentent, dans ces régions, une teinte violacé foncé. Celle-ci pâlit au niveau du mollet, comme pour la jambe gauche, et redevient rouge-violet au niveau du genou. Nous ne reviendrons pas sur les caractères d'atrophie et de plissement qui sont analogues à ceux du membre opposé, mais à un degré plus atténué.

L'atrophie musculaire est également moins marquée, bien qu'on



soit frappé par le peu de développement du mollet et la mollesse des muscles chez un cultivateur qui, normalement, devrait être plus musclé.

Au niveau de la cuisse droite la face antéro-interne est presque normale. La face externe présente un érythème diffus, léger, sans qu'il y ait encore d'atrophie nette.

#### PHÉNOMÈNES SUBJECTIFS

Le malade accuse une sensation de froid, même pendant l'été, dans la jambe gauche. Il ne transpire presque jamais.

Le début des lésions s'est fait sans douleur; le malade a pu toujours travailler, sans éprouver plus de fatigue dans les jambes qu' auparavant. Aucune sensation de cuisson ni de brûlure. Tout ce processus atrophique aurait passé inaperçu si le malade ne s'était pas observé.

Ce n'est qu'à la suite d'un accident du travail (pierre tombée sur la jambe) qui a provoqué les ulcérations que nous avons décrites, qu'il est entré à l'hôpital.

#### ÉTAT GÉNÉRAL

Le malade ne s'est aperçu d'aucune altération dans son état général. L'examen viscéral ne révèle rien. Il existe une légère adénopathie cervicale inférieure et inguinale; pas de ganglions épitrochléens.

La sensibilité au niveau des régions malades est normale à la piqure; au niveau des rotules la sensation de chaleur est peut-être moins vite perçue que la sensation de froid.

Les réflexes pupillaires et rotuliens sont normaux. Le réflexe achilléen est un peu plus fort à droite qu'à gauche.

#### EXAMEN DU SANG

Numération des globules blancs. . .	8.000
Equilibre leucocytaire :	
Polynucléaires . . . . .	41,6 o/o
Lymphocytes . . . . .	26,6 »
Grands mononucléaires . . . . .	10,6 »
Eosinophiles . . . . .	17 »
Formes de transition . . . . .	3,3 »
Myélocytes basophiles . . . . .	0,66 »

Réaction de Bordet-Wassermann = négative.



## EXAMEN HISTOLOGIQUE

Celui-ci a porté sur un fragment prélevé dans la région rotulienne gauche, où l'atrophie est très marquée mais où l'érythème est encore très vif.

*Epiderme.* — La couche cornée est manifestement épaissie, formée d'une série de lamelles tantôt adhérentes entre elles, plus souvent dissociées, adhérente également au corps muqueux sous-jacent dont elle épouse les sinuosités. Elle ne présente nulle part trace de parakératose, aucun noyau en bâtonnet. Son épaisseur est sensiblement égale à celle du corps muqueux sous-jacent. Il semble donc qu'il y ait une hyperkératose manifeste.

Cependant, la couche granuleuse n'est représentée que par une seule rangée de cellules et ne semble pas témoigner d'une activité particulière en vue de la formation de la couche cornée. Ces cellules elles-mêmes sont plus petites, plus aplaties que normalement ; elles ont un aspect rubanné, et sont très effilées, parallèlement à la surface de la peau. Elles sont disposées en fuseaux allongés placés bout à bout et parfois même, dans ce ruban grêle, il y a de petites solutions de continuité. Les granulations de kératohyaline qu'elles contiennent sont également plus petites que normalement, disposées en fine poussière dans le protoplasma cellulaire. Il y a là une disproportion curieuse entre l'épaississement considérable de la couche cornée et la pauvreté, presque l'atrophie de la granuleuse.

Le corps muqueux est manifestement atrophié. Il n'est formé en moyenne que par trois assises cellulaires. Il ne dessine aucun bourgeon inter-papillaire, aucune sinuosité et s'unit avec le derme suivant une ligne droite. Les cellules qui le composent présentent souvent un noyau globulé contracté, très dense, entouré par une vacuole claire. Les filaments épineux d'union sont par places bien conservés, en d'autres points ne se distinguent plus.

La basale dessine une ligne droite. Ses cellules ne sont pas hautes et étroites, mais globuleuses et arrondies ; elles ne s'implantent pas perpendiculairement sur le derme, mais souvent obliquement ; quelquefois elles sont séparées les unes des autres par de petits espaces clairs, vacuolaires ; elles ne forment pas, en un mot, la palissade régulière habituelle. Elle ne présente nulle part trace de pigment.

*Derme.* — Le derme est épaissi dans son ensemble, le corps papillaire est effacé et s'est confondu avec le chorion. Un infiltrat cellulaire assez clairsemé occupe le derme superficiel et moyen. Il ne forme pas de nappe régulière, mais est réparti, d'une façon générale, en bandes assez étroites, courant parallèlement à la surface de la peau, et séparées par des faisceaux conjonctifs. Enfin il se groupe également autour des vaisseaux.

Cet infiltrat remonte, par places, presque jusqu'au contact de la basale, mais il en est en général séparé par une zone de tissu conjonctif légèrement œdémateux et à faisceaux tirillés et distendus.

Cette zone sous-épithéliale présente également une néoformation remarquable de vaisseaux sanguins et lymphatiques. Très rarement les vaisseaux sanguins ne sont circonscrits que par une membrane endothéliale et dans ce cas les noyaux de celle-ci font saillie dans la lumière vasculaire, témoignant d'une irritation proliférative; presque toujours les vaisseaux présentent des parois manifestement épaissies. Les vaisseaux lymphatiques forment de véritables petits lacs; ils sont extrêmement dilatés.

Toutes ces néoformations vasculaires sont entourées d'un infiltrat composé à peu près uniquement de cellules conjonctives jeunes et de lymphocytes, et en moindre quantité de plasmocytes. Les mastzellen sont très rares. L'infiltrat rangé en trainées entre les faisceaux de collagène est composé des mêmes éléments cellulaires.

La coloration au Van Gieson montre un tissu conjonctif hypertrophié dans toutes les couches du derme et nettement condensé. Il présente une véritable sclérose, plus intense dans les couches profondes et paraît s'être substitué au tissu adipeux qu'on ne retrouve que dans un ou deux petits îlots sur l'ensemble des préparations.

La coloration à l'orcéine montre que le tissu élastique est conservé dans son ensemble. Dans les parties supérieures du derme il est peu abondant et composé de très fines fibrilles. Dans la partie moyenne et profonde du chorion on ne retrouve pas la disposition habituelle en grandes fibres allongées et anastomosées entre elles. L'élastine paraît fragmentée; elle est disposée sous forme de tronçons très courts, plus épais que les fibres normales, tronçons qui sont non pas sinueux, mais disposés en petites lignes droites. Il semble que le réseau élastique se soit rompu, émietté, et que les fragments, en se recroquevilant, se soient épaissis. Peut-être cette fragmentation de l'élastine représente-t-elle le début de sa résorption.

Les lésions vasculaires profondes doivent être mises en évidence. Nous avons déjà signalé les dilatations vasculaires considérables du derme superficiel. Dans le derme moyen et profond on retrouve un grand nombre de petits capillaires artériels ou veineux; pas un n'a de parois normales; tous ont leurs tuniques extrêmement épaissies et un état végétant de leur tunique interne qui tend à les oblitérer.

Les follicules pileux sont très rares; on ne trouve aucune glande sébacée. Les glandes sudoripares sont partout conservées et abondantes. Elles présentent toutes leur membrane élastique externe. Elles n'offrent pas d'altérations importantes.

*En résumé*, les lésions sont essentiellement constituées par une atrophie épidermique notable avec une hyperkératose partielle, qui se traduit seulement par une augmentation de volume de la couche cornée, mais avec atrophie de la granuleuse. Au point de vue cellulaire, la couche épineuse et la basale présentent des lésions qui témoignent d'un trouble important dans la vitalité de l'épiderme.

En ce qui concerne le derme les lésions sont constituées par une condensation du collagène, une véritable sclérose qui s'étend jusqu'aux dépens de l'hypoderme — par un infiltrat assez important disposé autour des vaisseaux, et en stries séparées les unes des autres par des faisceaux conjonctifs — par une fragmentation nette du tissu élastique qui s'est morcelé en tronçons courts et gros. Enfin des lésions vasculaires importantes complètent ce tableau : dilatation considérable des capillaires de surface, épaissement énorme et oblitération partielle des vaisseaux de la profondeur.

..

Si l'on relit les observations princeps publiées par les auteurs allemands, en particulier celles d'Herxheimer et Hartmann, la description si vivante de Civatte, on reconnaît que notre cas rentre dans le type classique.

L'âge de notre malade, 38 ans, est l'âge moyen de la dermatite atrophique. La majorité des cas publiés ont trait à des sujets d'âge adulte, entre 30 et 50 ans, plus souvent des hommes que des femmes. On trouve cependant des femmes de 70, 74, 75 ans, et inversement des jeunes filles de 16 ans (Neumann) et de 18 ans (Thibierge). Notre malade a 38 ans, mais il est vrai que l'affection a débuté chez lui il y a 16 ans, soit à l'âge de 22 ans.

La durée et l'évolution de l'affection affirment par là-même leur longueur, leur caractère de chronicité et leur indolence. Comme d'autres auteurs l'ont déjà signalé, notre malade n'entraîna pas à l'hôpital pour ses troubles cutanés, mais seulement pour sa plaie de la cheville. Il était si bien habitué à sa dermatose et s'en inquiétait si peu qu'il a quitté notre service dès sa plaie guérie, ne nous laissant pas poursuivre plus longtemps son observation.

Le siège au niveau des membres inférieurs est également typique. Herxheimer et Hartmann croient que la localisation aux membres supérieurs est peut-être plus fréquente. Disons que d'une façon générale les extrémités terminales des membres sont d'abord atteintes. De là l'affection, progresse vers le centre, semblant atteindre avec un maximum d'intensité les parties tégumentaires qui recouvrent plus directement des saillies osseuses :

chevilles, rotules, poignets, coudes, et épousant les crêtes osseuses des os longs des membres. Ces localisations habituelles justifient la dénomination d'acrodermatite proposée par le dermatologiste de Francfort. Mais dans certains cas les lésions s'étendent au delà des membres, comme chez notre malade où elles remontent jusqu'aux fesses, à la hanche, à la crête iliaque. Dans une observation de Neumann elles occupaient non seulement les bras et les membres inférieurs, mais encore le tronc. Le terme plus général de dermatite chronique atrophique permet d'englober ces cas à extension plus grande.

Les lésions de notre malade débutent sur les faces dorsales et latérales des pieds et remontent jusqu'au niveau de la hanche, mais, mélange intime d'inflammation et d'atrophie elles présentent suivant les régions des différences de couleur et de consistance importantes à noter.

Deux maximums érythémateux au niveau des malléoles et de la rotule tranchent sur le reste des lésions plus pâles. A leur niveau, la teinte est d'un rouge violacé foncé, qui tantôt se dégrade et s'estompe peu à peu, tantôt s'arrête assez brusquement et par une ligne assez nettement dessinée. Dans les mêmes régions, comme sur les saillies osseuses du membre supérieur, d'autres observateurs notent, sur ces points d'érythème plus intense, que le « bleu » domine ; qu'est-ce à dire sinon que l'érythème vire au livide, au bleuâtre ?

En dehors de ces deux régions d'un rouge foncé tirant sur le violet, le reste des lésions présente une teinte qui varie de l'érythème clair au rose pâle, et va, à la partie supérieure, au niveau des fesses, en se dégradant insensiblement, se confondre, sans limitation nette, avec la peau saine.

Sur ce fond, rose pâle, érythémateux ou rouge violacé foncé, tranche un abondant réseau veineux, qui, vu par transparence à travers l'épiderme atrophie, dessine des sinuosités bleuâtres caractéristiques. Et ceci complète, au point de vue couleur, le tableau si particulier de la dermatite chronique atrophique.

Ajoutons pourtant, pour ne rien omettre, un phénomène accessoire et partiel : une fine desquamation furfuracée, qui n'occupe que certaines régions et se détache assez facilement au grattage.

Mais, comme le fait fort justement remarquer Civatte, l'œil perçoit déjà plus que ces différences de teintes et prévoit des dif-

rences de consistance. L'atrophie domine et se distingue déjà, à la seule inspection ; le palper la précise.

L'épiderme est fané, plissé, en pelure d'oignon, et paraît trop lâche pour les régions sous-jacentes à recouvrir. Il forme par places des plis assez larges, qui s'effacent facilement, lorsqu'on tend les téguments entre deux doigts. En certains points il paraît comme recroquevillé sur lui-même, parcouru par une sorte de quadrillage très lâche, qui dessine des sortes de grandes écailles rectangulaires ou losangiques et avec son atrophie nette, ces plicatures et un aspect brillant qu'il peut prendre, il donne l'impression d'une très mince pellicule de collodion qui se serait desséchée et craquelée. En d'autres places, comme à la cuisse, de grandes plicatures se poursuivent en ligne plus ou moins droites, sur plusieurs centimètres de longueur, soit parallèles les unes aux autres, soit s'entrecoupant en divers sens. L'aspect est alors d'un parchemin mouillé qui, en se séchant, se ratatinerait et se plisserait.

Tous ces divers aspects ne font que traduire une atrophie profonde de la peau. Le toucher la confirme, la précise et révèle un élément nouveau. Prise entre deux doigts la peau se laisse plisser avec la plus grande facilité et l'on vérifie la justesse des comparaisons déjà données : papier à cigarette froissé, peau de chamois, papier-buvard mouillé. Mais qu'on le remarque : ces comparaisons ne correspondent en rien à une atrophie cicatricielle pure. Certes il y a atrophie, atrophie importante et le tissu graisseux sous-cutané paraît avoir disparu. Mais cette peau atrophiée paraît en même temps légèrement imbibée, nous n'oserions écrire : infiltrée — mais elle donne nettement une impression pâteuse.

Cette atrophie occupe la presque totalité des lésions de notre malade, mais à la partie inférieure du mollet gauche nous trouvons une manchette circulaire d'environ dix centimètres de hauteur qui offre un tout autre aspect, assez nettement sclérodermique. Cette manchette circulaire est de teinte rouge brunâtre ; à son niveau, l'épiderme, loin d'être fané, plissé, plicaturé, trop lâche pour la région à recouvrir, est au contraire le siège d'un empâtement dur, il ne se laisse pas plisser, il semble adhérer aux tissus sous-jacents et ne se laisse mobiliser qu'avec peine.

Ces zones d'œdème dur, d'empâtement profond, avec teinte érythémateuse plus vive, présentant le tableau d'une scléroder-

mie au début, sont signalées également dans de nombreuses observations.

Il n'est pas jusqu'à la plaie atone (d'origine traumatique chez notre malade et dont la persistance s'explique sur des tissus déjà profondément altérés) siégeant sur la manchette érythémato-scléreuse qui ne vienne ajouter un trait de ressemblance de plus avec nombre d'observations antérieures.

Si nous ajoutons la disparition presque totale des poils par place, phénomène inconstant mais signalé dans le travail d'Herxheimer et Hartmann — l'absence de toute douleur et de tout trouble de la sensibilité sauf une sensation de froid, persistant même pendant l'été, dans la jambe gauche — une diminution considérable de la transpiration, la bonne conservation de l'état général, nous aurons énuméré tous les symptômes qui font de notre observation un cas typique et schématique.

La légère atrophie musculaire du mollet et de la jambe gauche, qui sont le siège des lésions principales et de date plus ancienne que celles du membre inférieur droit est par contre de constatation plus rare. De même, la présence, sur la cuisse gauche, de sortes de vergetures rondes, plus atrophiques, rappelant l'anétodermie de Jadassohn.

Nous ne reviendrons que rapidement sur les résultats fournis par l'examen histologique. Nous voudrions seulement faire remarquer combien ils concordent avec les données cliniques et les éclairent. L'atrophie de l'épiderme, la fragmentation en petits tronçons du tissu élastique expliquent l'épiderme aminci, en pelure d'oignon, et les plicatures qu'il dessine. L'infiltrat encore important même sur une biopsie pratiquée en pleine zone atrophique rend compte des sensations spéciales que donnait le palper : peau atrophie mais pâteuse. Il y a mélange intime d'atrophie et d'infiltration inflammatoire. Nous verrons l'importance de cette constatation, en discutant la nature de la dermatite chronique atrophique. Enfin rappelons l'importance considérable des lésions vasculaires superficielles et profondes.

..

L'accord n'est encore fait ni sur la nature, ni sur la pathogénie, ni par conséquent sur la place qu'il convient d'attribuer,



dans les classifications dermatologiques, à la dermatite chronique atrophiante.

Communément, on la considère comme constituant, avec l'anétodermie érythémateuse de Jadassohn, le groupe des atrophies idiopathies de la peau. Cette dénomination ne nous paraît plus pouvoir être conservée.

Dans certains cas, il est vrai, les lésions atrophiques prédominent à tel point qu'elles paraissent constituer la quasi-totalité du tableau morbide. Mais dans un grand nombre de cas elles sont précédées par un processus inflammatoire, ou mélangées à des lésions cliniques encore nettement en activité. Ne peut-on se demander dans ces conditions si, dans les cas où l'atrophie seule est constatée, le processus irritatif initial, peut-être de courte durée, a passé inaperçu ?

Les examens histologiques des auteurs qui ont étudié cette dermatose avant nous et celui que nous venons de rapporter nous-même, excluent d'ailleurs toute hypothèse d'atrophie simple. Même en pleine peau atrophiée, plicaturée, en pelure d'oignon, on trouve un infiltrat important, des lésions vasculaires notables. Si l'atrophie terminale est certaine et représente peut-être la dominante clinique de l'affection, cette atrophie est nettement inflammatoire jusqu'à son ultime période et à son aboutissement. De même que, cliniquement, l'atrophie est spéciale, d'aspect et de consistance, non cicatricielle, mais imbibée et pâteuse, de même, histologiquement, elle reste constamment étroitement intriquée à des lésions d'inflammation.

On ne peut donc pas plus inférer du stade atrophique terminal, pour faire de la dermatite chronique atrophique une atrophie idiopathique, qu'on ne pourrait ranger dans le même groupe certaines lésions de lupus érythémateux ou de lichen plan sous le prétexte qu'elles aboutissent à la cicatrice. C'est trop mal dissimuler notre ignorance étiologique que de la masquer sous le vocable « idiopathique ».

Des arguments semblables pourraient être mis en valeur à propos de l'anétodermie érythémateuse de Jadassohn. Cet auteur n'a-t-il pas vu dans certains cas les plaques nummulaires, arrondies, d'atrophie, précédées par des papules d'infiltrat dermique ? Là encore il est probable qu'une étude plus serrée des faits fera disparaître cette autre forme d'atrophie « idiopathique » ? et la



remplacera par une atrophie post-inflammatoire dont l'origine et la nature resteront à préciser.

Tous les auteurs qui ont étudié la dermatite chronique atrophique, ont été frappé des similitudes ou des analogies qu'elle pouvait offrir, par places, avec la sclérodermie. Fréquemment, et dans notre cas par exemple, les lésions atrophiques sont précédées ou mélangées de lésions où domine un empâtement dur, diffus, d'aspect nettement sclérodermique. Parfois même, au milieu de la dermatite chronique atrophique on trouve une vraie sclérodermie en bandes comme dans une observation de Malinowski, ou de véritables plaques de morphee, comme dans les cas de Rusch et de Vignolo-Luttati. Or, l'on sait que la sclérodermie peut aboutir à de l'atrophie localisée avec télangiectasies superficielles. Il n'est pas jusqu'à la chute des poils et à la disparition de la sécrétion sudoripare qui ne trace un lien de plus entre les deux affections. Leur histologie diffère, il est vrai, tout en offrant certaines ressemblances. La sclérodermie présente elle aussi des lésions vasculaires, un léger infiltrat péri-vasculaire tout au moins au début et une condensation du tissu conjonctif. Mais le réseau élastique y est toujours bien conservé et paraît même parfois plus abondant par suite d'une disparition partielle du collagène. Dans la dermatite chronique atrophique l'élastine est fragmentée et a tendance à se résorber; les lésions vasculaires sont plus constantes et plus importantes et surtout les phénomènes inflammatoires et l'infiltrat sont beaucoup plus abondants. Il n'en reste pas moins de nombreux points de contact entre les deux affections.

Nous en sommes encore réduit aux hypothèses en ce qui concerne l'étiologie et la nature réelle de la dermatite chronique atrophique. Nous ne nous attarderons pas à les discuter n'ayant aucun argument nouveau à fournir pour ou contre celles qui ont déjà été soulevées et nous nous bornerons à hasarder une suggestion.

L'importance des lésions vasculaires profondes nous a frappé. Histologiquement, elles paraissent commander tout le processus. Mais quelle est la cause qui détermine ces lésions vasculaires? On peut penser à des lésions vasotrophiques. Mais aucun autre symptôme nerveux, aucun trouble de la sensibilité ne témoigne en faveur d'une action nerveuse centrale ou périphérique. L'hypothèse de lésions d'origine tuberculeuse ou syphilitique ne cadre

ni avec les données cliniques, ni avec les données histologiques ou sérologiques. On a voulu incriminer l'action du froid. Les pays de l'Europe centrale, pays de la dermatite chronique atrophique sont évidemment en général des pays froids, mais cette pathogénie nous paraît par trop simpliste et insuffisante.

Mais par contre les localisations géographiques de la dermatite chronique atrophique nous suggèrent une autre hypothèse. Les pays de l'Europe centrale sont par excellence des pays à dystrophies glandulaires, et particulièrement à dystrophies thyroïdiennes. Nous avons été frappés, dès notre arrivée en Alsace, de la quantité considérable de goîtres plus ou moins importants que nous voyons à notre consultation. On sait aussi quelle est leur fréquence en Suisse et en Allemagne. Nous croyons que si l'on dressait une carte des pays à dystrophie thyroïdienne et une carte des pays à dermatite chronique atrophique, les deux se superposeraient assez exactement. Ce n'est évidemment là qu'une hypothèse. Du moins avons-nous eu la satisfaction de voir, dans la discussion qui a suivi la présentation du cas de M. Thibierge à la Société de Dermatologie, que Civatte tendait à admettre lui aussi un trouble endocrinien à l'origine de cette affection qu'il connaît mieux que la plupart des dermatologistes français. Cette pathogénie, si elle se confirme, établira un lien de plus entre la dermatite chronique atrophique et la sclérodermie.

---

## LE SILBERSALVARSAN

Par le Médecin Major de 1<sup>re</sup> classe ESCHER  
Chef d'un Centre de Dermato-Vénérologie de l'Armée

(DEUXIÈME PARTIE) (*Suite et fin*)

*Crises angiotoxiques, nitritoïdes.* — On observe en général, chez presque tous les patients, durant l'injection et dans les quelques minutes qui suivent, une rougeur assez vive de la face qui disparaît rapidement. C'est, pour notre part, le seul symptôme que nous ayions personnellement observé dans les quelques 400 injections que nous avons faites et le millier que nous avons vu faire. Les Américains sur 15.000 injections n'ont jamais observé autre chose.

Les auteurs allemands par contre ont signalé des symptômes, qu'ils groupent sous le nom « d'angio neurotic symptômes complexes ». Rares sont les auteurs qui disent ne pas les avoir observés au cours de leur expérimentation, tous néanmoins expriment l'opinion qu'ils n'ont eu rien d'inquiétant. Ils se résument : en congestion de la face en pâleur suivie de congestion, vertiges, céphalée, vomissements, douleurs dans le dos, toux, tremblements, œdème de la face, en particulier des paupières et des lèvres, etc... (Galewsky, von Notthaft, Rille, Fabry, Müller, Hauck, Gennerich, Sellei, Stuhmer, Zimernnn, etc...). Le nombre des cas varie de 4 o/o (Gennerich) à 15 o/o (Hauck) ; Kolle dit que ces incidents sont la règle dans les injections répétées à doses trop élevées ou en solution trop concentrée et que la plupart du temps on aurait pu les éviter. Il recommande aussi une bonne alimentation durant la cure et d'éviter tous les excès. Il dit encore qu'il ne faut pas s'en effrayer car on n'aurait jamais vu un seul cas de mort après plus de 100.000 injections.

Goldberger n'a jamais observé ces incidents et Hahn prétend grâce au dosage pouvoir les éviter.

Nægeli dit qu'il a observé ces incidents mais qu'ils ne lui ont pas paru plus fréquents qu'avec les autres préparations de salvarsan.

*Fièvre.* — Beaucoup d'auteurs ont noté des réactions thermiques après les premières injections et surtout la première, dans les cas primaires et secondaires, ils pensent que cette fièvre est due à l'action du remède sur les spirochètes (fièvre des spirochètes) Fabry, Dreyfus, Kreibich, Müller, von Notthaft, Birnbaum, Hauck, Gennerich (cinq fois sur 3.500 injections), Rille, Wiener, Cohn, etc..., etc... Pour Fabry cette fièvre serait une preuve de l'efficacité du sel ; pour Bering et Wiener ce serait en grande partie fonction de la préparation elle-même, les dernières séries fabriquées donnant moins de réaction.

Quoi qu'il en soit, cette fièvre passagère ne dure que quelques heures et atteint en général 38 à 39°, mais si elle persistait plus longtemps, au delà de 18 heures, si elle montait à 40° et surtout si elle se reproduisait après la 2<sup>e</sup> et la 3<sup>e</sup> injection, la plupart des auteurs estiment alors qu'elle constituerait une contre-indication ou un avertissement à avoir à diminuer les doses et les espacer. C'est en tout cas l'avis de Kolle et aussi celui de Nolten qui dit : qu'il faut se méfier de toute fièvre apparaissant longtemps après l'injection.

*Erythème, urticaire, dermite, etc..., etc...* — Sont loin d'être rares, les cas rapportés varient depuis l'urticaire et le rash scarlatiniforme localisés ou étendus et passagers, jusqu'à la dermite exfoliante généralisée dont j'ai vu en un an trois beaux cas dans le service du Dr Müller.

Fabry, Sellei, H. Müller, Riecke, Birnbaum, Kerl, Gennerich, Wiener, Dreyfus, etc..., etc..., en ont rapporté des cas assez nombreux, dont certains s'avérèrent comme sévères. Par contre, Nægeli en 6 mois et d'autres auteurs n'en ont jamais observés. Pour K. Wiener, Jadassohn, les érythèmes primitivement observés, en nombre assez élevé, furent dus en bonne partie à un défaut de préparation, et ils démontrent que leur nombre a été constamment en décroissance avec les progrès de la fabrication (de 33 o/o avec la préparation 81 à 1,1 o/o avec le n° 132 et moins encore pour les suivantes).

Suit, à titre « mémoire » le tableau suivant de Dreyfus, datant de 1919 et concernant 62 cas et 691 injections ;

Fièvre dépassant 37°5	Sensation de fatigue, appétit diminué	Maux de tête, délire	Collapsus	Phénomènes vasculaires et cardiaques	Exanthème
15	14	15	2	2	5

Ce tableau déjà ancien, est assez peu encourageant à première vue et contraste fortement du reste avec les résultats observés depuis par tous les auteurs et les Américains. Il semble que l'espacement des doses élevées (à partir de 0,20 et 0,25) et le perfectionnement des préparations, expliquent les résultats actuels, qui sont heureusement infiniment plus favorables, puisque les Américains, j'y reviens, n'ont enregistré aucun incident notable en 15.000 injections.

*Ictère.* — A été assez fréquemment signalé. Kurt Wiener, 6 cas sur 321 cas (4 précoces et deux tardifs) les cas précoces n'ayant point du reste empêché la continuation de la cure. Bering, 9 cas sur 259. Bruhns et Lowenberg, 3 cas sur 107. Stuhmer, 4 cas sur 280. Gennerich n'en a observé qu'un cas après 3.700 injections ; les Américains 2 cas sur 1.500 malades et plus de 15.000 injections. Du reste beaucoup de cas d'ictères tardifs signalés et survenant de 2 à 4 mois après la dernière cure de silbersalvarsan semblent bien relever, moins du médicament que du tréponème, ainsi que l'a fait observer très justement Milian. Un fait encore le confirme, c'est le traitement. Ces ictères cédèrent à des cures renouvelées de silber ou de néo, comme l'indiquent certains auteurs et Gennerich entre autres, qui dit s'être bien trouvé de donner du silber après un ictère survenant quelque temps après une cure de néosalvarsan.

Nagelli n'en a pas observé après un assez long usage du silber, il émet l'avis que peut être les Allemands qui paraissent moins heureux ont les cellules hépatiques rendues plus sensibles et fragiles par suite de leur alimentation défectueuse pendant la guerre.

*Albumine.* — A été quelquefois notée, mais bien rarement et d'une façon très exceptionnelle. Par exemple, un cas sur 321 malades (Wiener) les Américains également, 4 o/o, mais comme ils

font une cure combinée, ils disent eux-mêmes qu'on ne peut en tirer de conclusions pour savoir la part qui revient au silber ou au mercure.

Bien plus, Sellei a noté une influence favorable du silbersalvarsan sur les reins dans trois cas de néphrite et Zyrhelle dit qu'étant donnée l'influence peu marquée sur les reins du silbersalvarsan, on aurait tout avantage à l'employer dans les cas de syphilis avec néphrite pour remplacer le néo ou les cures néo et mercure combinées.

*Récidives cliniques.* — Schœnfeld et Birnbaum, Boas, Stuhmer, Wiener, Bering (4 cas) et d'autres auteurs encore, ont noté des récidives après des cures cependant bien faites et à bonnes doses 3 gr. (Birnbaum) : roséoles de retour, papules vulvaires, angines spécifiques, etc...

Tous ces cas concernent des syphilis primaires à sérologie + ou des syphilis secondaires à forme papuleuse ou papulo-croûteuse (Bering).

*Neuro-récidives.* — Nous abordons ici une question assez brûlante ; les premiers auteurs en 1918 n'avaient pas observé de neuro-récidives, mais dès 1919 on en cite des cas. Birnbaum, 1 cas ; Sinn, 1 cas ; Stuhmer, 2 cas ; Buschke, 2 cas ; Galewsky, 4 cas ; Wiener, 5 cas. Trois cas concernant des syphilis primaires Wa. R. +, traités respectivement avec 2,35, 3,45, 1,85 de silbersalvarsan et 2 syphilis II, traités avec 2,6 silbersalvarsan et 1 gr. silbersalvarsan plus 1 gr. 8 salvarsan natrium. Tous ces cas furent rapidement amendés par une nouvelle cure de silbersalvarsan.

Kolle dit qu'on n'a pas trouvé plus de neuro-récidives après le silbersalvarsan qu'après les autres préparations de salvarsan et que même elles seraient plus rares ; il ajoute du reste en s'appuyant sur les statistiques de Von Erb, Colin, Nonne, Weichselmann, Berger, Schuster, que le traitement combiné Hg et salvarsan n'en met pas plus à l'abri que les cures arsenicales seules.

Quoi qu'il en soit, des bruits dont je me fais l'écho, en attendant qu'une publication mette la chose au point, donnent l'impression que les neuro-récidives après le silbersalvarsan seraient loin d'être rares.

On a prétendu que cela tenait aux doses trop faibles adoptées



primitivement ; peut-être en a-t-il été ainsi dans nombre de cas qui sont loin d'être publiés, mais nous ne saurions admettre que cette raison puisse servir à expliquer tous les cas, par exemple ceux où les doses furent de 3 gr. et plus (Sinn, Stuhmer et un cas de Wiener). Force est bien alors de chercher ailleurs... La pathogénie des neuro-récidives est du reste encore assez obscure. Galewsky qui en 2 ans d'emploi de silbersalvarsan n'a vu que quatre cas de neuro-récidives les considère avec Ehrlich comme des monorécidives ; ces quatre cas survenus chez des malades insuffisamment traités, dit l'auteur, furent rapidement guéris par une nouvelle cure de silbersalvarsan.

Pour terminer ce chapitre, sur lequel j'ai l'intention de revenir dans une publication ultérieure, je rapporte aussi l'opinion que certains spécialistes allemands m'ont donnée, savoir que dans les cas de syphilis ancienne, ils préféreraient faire d'abord une cure avec le néo et Hg., pour ne venir qu'ensuite au silber. L'avenir nous dira ce qu'il faut en penser.

Kreibich, Sellei, Nægeli, et les Américains n'ont jamais observé de neuro-récidives.

*Argyrie.* — Un seul auteur a relevé de phénomènes d'argyrie, (1 cas).

*Cas de mort.* — Nous n'avons trouvé dans la littérature que quatre cas de mort attribués au silbersalvarsan.

I. — Le premier en date est celui de Riecke (*Med. Klin.*, 1919, n° 14) après 7 injections de silbersalvarsan, en tout 1,3 sans association de Hg : dermatite généralisée compliquée de pleurésie et pneumonie, 33 jours après la dernière injection : mort.

II. — Le professeur Hofmann, *Derm. Zeits.*, 1919, n° 5.

Lues II, plaques muqueuses de la bouche, roséole, W.R. + + + +.

Injections bien supportées sans réaction :

16 juin 1919, salicylate de Hg 0,05.

18 juin 1919, silbersalvarsan, 0,15.

21 juin 1919, silbersalvarsan, 0,25.

25 juin 1919, silbersalvarsan, 0,25.

Le 28 au matin, douleurs brusques, agitation violente, délire puis torpeur, fièvre, crises épileptiformes.

30 juin 1919 : Exitus.

Autopsie : signes d'encéphalite hémorragique. A signaler que le foie donnait pour 1.400 gr. 0,006 Ag, 0,007 As, 0,095 Hg soit 0/0 de tissu : 0,00043 Ag, 0,005 As, 0,007 Hg.



III. — Professeur Bering, *D. Med. Woch.*, 1920, n° 20.

Malade de 22 ans, en bon état général, légèrement adipeuse, menant une vie assez déréglée, syphilis secondaire (?) (l'auteur ne le dit pas).

A un intervalle de 4 jours, on lui donna 0,1, 0,15, 0,20 de silbersalvarsan (préparation 104). Les deux premières injections entraînèrent de la céphalée qui persévéra à la 3<sup>e</sup>.

48 heures après, brusquement dans la nuit : vomissements, tremblements, délire; après une amélioration passagère de 24 heures, subitement aggravation, pupilles étroites et fixes, stertor, coma, pouls lent, cyanose des lèvres, mouvements cloniques, etc... Après 2 ou 3 heures malgré un traitement actif : saignée 250 gr., ponction lombaire, etc. ., mort.

A l'autopsie : forte hyperhémie des vaisseaux et hémorragie punctiforme de la substance blanche. Au microscope infiltration périvasculaire lymphocitaire avec œdème et inondation périvasculaire. En résumé : encéphalite hémorragique. Il ne fut pas trouvé de lésions syphilitiques du cerveau.

IV. — Schulze, cas rapporté par Nathan dans la *Presse Médicale*. Après 3 injections de 0,20 mort. A l'autopsie, signes d'encéphalite hémorragique des plus nets.

Je ne sais cependant, si ces quatre cas sont bien les seuls, car, l'an dernier, en fin février, j'ai vu ici à Mayence un cas de mort survenu chez une jeune femme au cours d'un traitement normal bien surveillé et fait à doses très modérées. Je ne sais pour quel motif le cas n'a pas été publié. A l'autopsie signes d'encéphalite hémorragique.

Malgré tout je ne pense pas que ces cas de mort soient plus fréquents avec l'emploi du silbersalvarsan qu'avec les autres préparations de salvarsan, car si cela était il aurait été impossible de taire le fait.

Les Américains n'ont jamais, depuis qu'ils emploient le silbersalvarsan, observé de cas de mort.

*Influence du silber sur la réaction de Wassermann.* — L'ensemble des auteurs se déclare satisfait des résultats observés (Karl, Rille et Fruhwald, Gennerich, Galewsky, Hauck, Müller, etc..., etc...).

Hahn prétend que dans les cas de syphilis séropositive, il a toujours obtenu un Wassermann négatif et que ce résultat lui a paru permanent ; je ne sais si avec le temps il est resté toujours aussi optimiste.

Galewsky plus prudemment dit que la W. R. serait normalement et régulièrement négative après trois semaines de traitement et 1 gr. 5 à 2,0 de silbersalvarsan, mais que cependant dans un certain nombre de cas, la réaction persiste à rester positive.

Il lui a également paru de façon certaine que la W. R. était avec le silbersalvarsan un peu plus souvent négative qu'avec le néo. Après 2 ans  $1/2$  d'observation et plus de 2.000 piqûres, il dit qu'il n'a jamais vu après le traitement, une *syphilis primaire séro-négative* devenir par la suite positive, ni les patients présenter une manifestation clinique quelconque.

Dans la *syphilis primaire avec W. R. positive* les résultats sont également excellents à la l'exception d'un petit nombre de cas où la réaction reste positive. Excellents résultats également chez les enfants dans la syphilis héréditaire.

Kolle est d'avis qu'après 12 injections faites suivant les règles qu'il a préconisées on doit obtenir un Wassermann négatif, sauf dans les cas isolés où il lui a paru y avoir un Wassermann de « sang ferme ».

D'autres auteurs assez nombreux se montrent moins optimistes et le professeur Hofmann dans la moitié des cas traités dans sa clinique a vu la W. R. rester positive. La lente disparition de la positivité des sérums a été signalée également par Kerl, Knopf et Sinn, Fabry, Schœnfeld et Birnbaum, professeur Bering, etc., etc...

Je crois donc que le mieux est ici de faire passer sous les yeux du lecteur, une série de statistiques, grâce auxquelles il pourra se faire lui-même une opinion.

Tout d'abord avec quelles doses et quel nombre d'injections peut-on espérer obtenir un résultat ?

Gennerich déclare que dans 85 o/o des cas, le silbersalvarsan donne un Wassermann négatif après 0,8 à 1,8.

Schœnfeld et Birnbaum dans quatre cas de syphilis primaire ont eu 4 résultats négatifs après 6 semaines. Dans 25 cas de syphilis secondaire, 17 ont donné une réaction négative entre la 4<sup>e</sup> et la 8<sup>e</sup> semaine après 10 injections, soit une dose variable entre 1 gr. et 2 gr. 50.

Fabry donne le tableau ci-dessous et quoiqu'il n'indique pas les doses employées on peut en inférer que 6 injections font en

moyenne entre 1 gr. et 1 gr. 40 et 11 à 12 injections entre 2 gr. et 2 gr. 50.

Diagnostic	W. R. avant traitement	Nombre d'injections	W. R.
Lues II, condyl. . .	+ + + +	12 inj. de S.-S.	—
Chancres mixtes, roséoles. . . . .	+ + + +	10 inj. de S.-S.	+ +
Lues I avant d'être positive . . . . .	—	6 inj. de S.-S.	—
		9 inj. de S.-S.	—
Lues II, chancre de la lèvre, exanthème maculo papuleux.	+ + + +	6 inj. de S.-S.	+ + + +
		10 inj. de S.-S.	+ + + +
Lues II, condyl. très étendus . . . . .	+ + + +	6 inj. de S.-S.	+ + + +
		10 inj. de S.-S.	+ + + +
Lues II, condyl. très étendus . . . . .	+ + + +	5 inj. de S.-S.	+ + + +
		10 inj. de S.-S.	+ —
		3 mois après	+ + + +
Lues II, condyl. . .	+ + + +	10 inj. de S.-S.	+ + + +
		12 inj. de S.-S.	+ ±
Lues II, condyl. . .	+ + + +	6 inj. de S.-S.	+ + + +
		11 inj. de S.-S.	+ ±
		5 inj. de S.-S.	+ + + +
Lues II, condyl. . .	+ + + +	12 inj. de S.-S.	+ + +
		18 inj. de S.-S.	—

Hugo Müller dans 73 cas de syphilis a vu la W. R. devenir :

Wassermann +	Lues I. Total des cas : 27	Lues II avec manifestations. Nombre de cas : 27	Lues II latente. Nombre de cas : 13	Lues III. Nombre de cas : 5	Lues héréditaires. — Nombre de cas : 1
W. R. après S.-S. : 0,6	8	4	4	1	—
» » : 0,9	5	2	—	—	—
» » : 1,2	6	7	5	—	—
» » : 1,5	5	4	—	1	—
» » : 1,8	3	3	2	—	—
» » : 2,4	—	6	3	—	—
W. devenu —	27	26	13	2	—
W. est resté +	—	1	—	3	1

D<sup>r</sup> Walter Löwy dans une thèse inaugurale de l'Université de Bonn rapporte les résultats sérologiques suivants :

Nature de la maladie	Nombre de cas où le Wassermann devint —	Après nombre de piqûres	Dose totale de S.-S.	Jours de traitement
Syphilis I (avec W. R. +) 14 cas.	4	3 — 4	0,4 — 0,9	6 — 16
	5	5 — 7	1,2 — 2	10 — 31
	4	8 — 9	1,45 — 2,6	16 — 35
	1	11	2,8	42
Syphilis II 16 cas.	3	3 — 5	0,45 — 0,9	9 — 20
	5	6 — 7	1,0 — 1,85	19 — 28
	5	8 — 9	1,5 — 2,5	27 — 46
	3	10 — 11	1,85 — 2,45	41 — 58

Stuhmer rapporte les résultats suivants après une cure d'environ 3 gr. 50 de silbersalvarsan.

*Syphilis I (W. R.)*, sont tous restés négatifs et aucune récurrence constatée depuis.

*Syphilis II au début*, 27 cas fortement positifs : 18 cas négatifs, 6 cas douteux et 3 cas restés fortement positifs.

*Syphilis II avec manifestations cliniques*, 77 cas : 37 cas négatifs, 16 faiblement positifs et 24 restés fortement positifs.

*Syphilis II latente*, 22 cas : 9 cas négatifs, 8 faiblement positifs et 5 cas restés fortement positifs.

*Syphilis III* : restés sans changement :

Les réactions ont été vérifiées à l'Alt Wassermann Stern et Sachs Gorgi.

Il semble à l'auteur que dans les cas de syphilis secondaire latente ou tertiaire la cure salvarsan Hg aurait été plus favorable.

Schoenfeld et Birnbaum dans 5 cas de *syphilis primaire à W. R. négative*, n'ont pas vu après un traitement de 6 semaines et des doses variables (environ 3 gr.) de récidives cliniques ou la W. R. devenir positive.

*Syphilis I à W. R. +* : 10 cas dont 8 devinrent négatifs après des doses totales de 0,82 à 2,8 de silbersalvarsan et une durée de traitement de 3 à 8 semaines, deux restèrent positifs.

*Syphilis II avec manifestations cliniques* : 25 cas. 17 devinrent négatifs après 4 à 9 semaines de traitement et une dose totale de 1 gr. 5 à 2 gr. 3 ; 8 cas restèrent positifs.

*Statistique de Schindler.* — Schindler donne les résultats suivants après une première cure. Résultats intéressants parce que l'auteur indique ce qu'ils sont devenus par la suite.

Je crois devoir faire remarquer que Schindler est l'auteur qui estime que de 10 à 14 injections sont nécessaires pour rendre la W. R. négative (2,6 à 2,8 de silbersalvarsan) mais que, assez souvent pour obtenir ce résultat il faut pousser jusqu'à 20 c'est-à-dire 4 gr. et plus. C'est du reste lui qui préconise un dosage total de 5 à 6 gr. et 2 cures séparées par un intervalle de moins de 3 mois. C'est-à-dire en définitive des doses totales plus élevées et une intensité de cure plus sévère que la généralité des auteurs.

Nature de la maladie	Nombre de cas	W. R. à la fin de la cure	Résultats ultérieurs
Syphilis primaire Spirochète + W. R. —	20	20 (—)	Tous (—) jusqu'à 12 mois après la cure
Syphilis primaire Spirochète + W. R. +	7	7 (—)	?
Syphilis secondaire au début des manifestations cliniques et W. R. +	13	12 (—) 1 (+)	Tous (+) après 4 ou 5 mois.
Syphilis secondaire latente W. R. +	7	7 (—)	3 après 3 mois à nouveau + 1 après 3 mois très léger + douteux.
Syphilis secondaire tardive avec manifestations cliniques W. R. +	1	1 (—)	Après 2 mois (—) Après 5 mois à nouveau (+)
Syphilis secondaire latente sans manifestations cliniques, mais période frontière à syphilis tertiaire. W. R. +	4	4 (—)	3 après 3 et 5 mois (— avec un + douteux. 1 après 5 mois complètement (—)
Syphilis latente sans renseignement sur le début et la durée.	4	2 (—) 2 (+)	Après 3 mois (+)
Syphilis tertiaire avec gomme.	3	2 (+) 1 (—) avec léger (+) douteux	Pas d'examen.
Syphilis latente séro-négative avec renouvellement de la cure.	6	6 (—)	Jusqu'à 2 fois 5 mois toutes (—)

*Il nous paraît intéressant maintenant de rapporter ici des parallèles montrant l'influence sur la W. R. de cure de silbersalvarsan employé seul, et en combinaison avec He.*

Knopf et Sinn obtinrent les résultats suivants dans 30 cas semblables, dont 14 furent traités avec le silbersalvarsan seul et les 16 autres par une cure combinée silbersalvarsan et Hg.

Par le S.-S. seul, le Wassermann devint négatif après :	Nombre de cas	Par cure de S.-S. et Hg, le Wassermann devint — après :	Nombre de cas
0 gr. 8	1	0 gr. 8	7
1 gr. 2	3	1 gr. 2	4
1 gr. 6	6	1 gr. 6	1
1 gr. 8	2	2 gr. 4	1

Le Wassermann resta donc positif deux fois dans l'expérience avec le silbersalvarsan seul, et le resta 3 fois dans l'expérience avec silbersalvarsan et Hg.

#### Professeur BERING (125 cas)

Mode de la médication	Nature de la maladie	Nombre de cas	Restés ou devenus négatifs après la cure	Redevenus positifs après la cure
Silbersalvarsan seul	Syphilis I (avant W. R. +)	10	9	1 (cure faite un peu tardivement à la frontière de la période secondaire) sérorécidive 3 semaines après la cure.
Silbersalvarsan seul	Syphilis II avec symptômes cliniques ou W. R. +	23	19	11 sérorécidives (6 à 10 semaines après la cure).
Silbersalvarsan et Hg combinés	Syphilis II avec symptômes cliniques ou W. R. +	92	87 jusqu'à 11 mois après la cure	5 sérorécidives après 3 à 4 mois.

Les malades furent examinés sérologiquement durant 11 mois après la cure.

Le pourcentage ressort à :

50 o/o de succès avec le silbersalvarsan seul ;

94,6 o/o avec le silbersalvarsan et Hg combinés.

L'auteur signale que parmi les 87 cas de syphilis II devenus négatifs 3 cas avaient déjà reçu 3 à 4 cures de salvarsan Hg (sublimé ou calomel) sans qu'on ait pu obtenir une W.R. négative. Pour ces cas, le silbersalvarsan a nettement montré une supériorité.

Enfin, Von Notthaft donne les chiffres suivants :

*Syphilis II première période :*

	Succès
Cure par silbersalvarsan seul . . . .	50 o/o
Traitement combiné silbersalvarsan-Hg . . . .	65 o/o

(Sur 9 cas de récidives qui toutes avaient déjà été traitées par un traitement combiné de néo et de biiodure de Hg le traitement par le silbersalvarsan donna 77 o/o de succès).

*Syphilis II latente :*

Traitées par silbersalvarsan seul . . . .	55 o/o
Cure combinée silbersalvarsan-Hg . . . .	62 o/o

*Syphilis III :*

Traitées par silbersalvarsan seul . . . .	25 o/o
Traitement combiné silbersalvarsan-Hg . . . .	50 o/o

*Les deux statistiques suivantes :*

L'une comportant le cas de K. Wiener, Jadassohn ;

L'autre ceux de W. Læwy de la clinique de Bonn, montrent les résultats du silbersalvarsan comparés avec ceux obtenus par des cures de *néosalvarsan* ou de *salvarsan-natrium* et Hg.



Kurt WIENER, clinique du professeur JADASSOHN

Mode de la médication	Nature de la maladie	Nombre de cas	Doses employées pour que la W. R. devienne négative	Cas ayant donné W. R.	Après nombre de semaines	Succès %	Sérocidivies		
							Nombre	Doses reçues	W. R. + après
Silbersalvarsan seul	Lues I, W. R. +	24	0 gr. 90 à 2 gr. 55	24	3 à 8	100	3	1 gr. 75 1 gr. 85 2 gr. 10	2 mois 1/2 7 semaines 2 mois
	Lues II.	49	0 gr. 80 à 2 gr. 80	36	3 à 11	75	3	2 gr. 60 2 gr. 35	2 mois 2 mois
	Lues II latente.	13	?	6	?	46	?	2 gr. 60	6 mois
	Lues III.	3	2 gr. 40	1	8	50	?	?	?
	Lues IV.	3	?	0	?	0	?	?	?
Silbersalvarsan et Hg	Lues I.	33	0 gr. 90 à 2 gr. 55	30	3 à 8	96	?	?	?
	Lues II.	110	0 gr. 80 à 2 gr. 80	82	3 à 11	75	?	?	?
	Lues II latente.	54	?	24	?	46	?	?	?

*Nota.* — La cure par le silbersalvarsan comporte un traitement de 3 grammes de sel environ.  
Cure par le Néo et Hg en 6 à 7 semaines. { Néo environ 3 gr. 3 et 0 gr. 50 à 0 gr. 60 de Hg. pour les hommes et 2 gr. 7 de Néo et 0 gr. 44 de Hg. pour les femmes.



Enfin pour terminer la question de l'action du silbersalvarsan sur la W. R. voici les résultats de l'armée américaine, résultats dus à l'obligeance du colonel Keefer et des commandants Flynn et Walson (extrait de la réponse à un questionnaire envoyé à ces derniers).

*Syphilis I.* — 133 cas primaires, diagnostic vérifié à l'ultra. Ces cas furent divisés en période de 1-5 jours, 3-10, 10-20, 20-25, 25-30, et plus de 30 jours au dire du malade.

Ces cas ont été traités durant 4 à 10 mois.

Nombre de cas	Jours depuis lesquels la lésion existait	Wasser mann toujours négatif	Tant o/o toujours négatifs	Devinrent + — ou + + au cours du traitement	Tant o/o qui devinrent + — ; + ou + + au cours du traitement
27	1 — 5	22	81 o/o	5	18 o/o
43	6 — 10	29	63 »	14	32 »
17	11 — 15	13	76 »	4	23 »
7	16 — 20	3	42 »	4	57 »
6	21 — 25	4	66 »	2	33 »
8	26 — 30	3	34 »	5	62 »
25	plus de 30	9	36 »	16	64 »
135		83	62 »	50	37 »

## EXPLICATIONS

Sur ces 133 cas, 83 donnèrent un W — d'un bout à l'autre du traitement, 50 donnèrent + —, + ou + + pendant le traitement.

Dans tous les cas de cette série qui donnèrent un Wassermann + ces résultats furent obtenus après le commencement du traitement, ce qui laisse à penser que le cas au début du traitement était à la limite sinon au début de la période secondaire.

De plus, les renseignements étant fournis par le malade, ses dires étaient sujet à caution, étant au mieux de ses intérêts eu égard à la peine disciplinaire qu'il pouvait encourir pour avoir manqué au traitement prophylactique exigé dans l'armée américaine. C'est ainsi qu'en faisant comprendre au malade le but

Silbersalvarsan seul . . .  
 { Lues I séropositive : 21 o/o séroécidive après 4 mois 3.  
 { Lues II » 27,6 o/o » 3.  
 { Lues I séropositive : 12 o/o » 14.  
 { Lues II » 28,7 o/o » 22.  
 Silvarsan-Natrium et Hg. { Lues I séropositive : 28 o/o » 28.  
 { Lues II » 28,7 o/o » 28.

recherché et en l'assurant qu'il ne résulterait pour lui aucune fâcheuse conséquence disciplinaire, certains avouèrent que le début de l'affection remontait à plus longtemps qu'ils ne l'avaient préalablement avoué.

*Syphilis II.* — 61 cas manifestés soit par des symptômes cliniques ou Wassermann ++, voici les résultats :

PREMIÈRE SÉRIE DE TRAITEMENT				
Nombre de cas	Doses de S.-S.	Doses de novarsénobenzol	Doses d'huile grise	Le Wassermann devient négatif
3	1	—	1	3
3	2	—	2	3
6	3	—	3	6
9	4	—	4	9
11	5	—	5	11
7	6	—	6	7
10	7	—	7	10
1	1	6	7	1
2	1	6	7	2
50				50
DEUXIÈME SÉRIE DE TRAITEMENT				
3	1	—	1	3
2	2	—	2	2
1	4	—	4	1
2	6	—	6	2
1	—	4	4	1
1	—	5	5	1
1	—	6	6	1

En résumé, sur ces 61 cas, 55 reçurent silbersalvarsan et huile grise. 47 donnèrent W. R. négative à la 1<sup>re</sup> série des 7 traitements, soit 82 o/o. Le restant (8 cas) donnèrent W — à la 2<sup>e</sup> série des 7 traitements. A la fin de la 1<sup>re</sup> série W — 83 o/o. A la fin de la 2<sup>e</sup> série W — 17 o/o.

6 cas reçurent silbersalvarsan, novarsénobenzol, et huile grise.

3 cas donnèrent W — à la 1<sup>re</sup> série.

3 cas donnèrent W — à la 2<sup>e</sup> série.

Le nombre des cas de cette série est trop petit pour pouvoir en tirer des conclusions fermes, mais il semble que le silbersalvarsan procure un avantage léger sur le novoarsénobenzol relativement au renversement du W (Walson).

Sur 516 autres malades, ayant achevé la 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> série de traitement approximativement 70 o/o donnèrent un W — après la 1<sup>re</sup> série de traitement, 25 o/o après la 2<sup>e</sup> série et 5 o/o après la 3<sup>e</sup> série.

Somme toute, les 61 cas cité plus haut, donnent un pourcentage négatif plus élevé que ces 516 malades qui précèdent, ceci peut s'expliquer par le fait que dans cette série de 516 cas, il y en eut plusieurs qui reçurent une partie de leur traitement avec le novarsénobenzol, d'autres qui ne suivirent pas régulièrement leur traitement, et aussi parce que certains avaient des syphilis secondaires, héréditaires ou tertiaires.

Un résumé plus récent des cas montre les résultats suivants au sujet des réactions de W chez les hommes encore en traitement.

Cas de syphilis secondaire ou latente montrant au commencement du traitement une réaction de W  $\pm$ , + ou ++ : 840.

1<sup>o</sup> Nombre total des cas montrant encore une réaction de W  $\pm$ , + ou ++ un mois après la fin de la 1<sup>re</sup> série de traitement : 191, soit 24,33 o/o.

2<sup>o</sup> Nombre total des cas montrant encore une réaction de W  $\pm$ , + ou ++ après la 2<sup>e</sup> série de traitement 48 : soit 11,09 o/o.

3<sup>o</sup> Nombre total des cas montrant encore une réaction de W  $\pm$ , +, ++ après la 3<sup>e</sup> série de traitement : 9.

En résumé, les résultats obtenus par les Américains semblent tout à fait satisfaisants, surtout si ces résultats, comme ils le paraissent jusqu'ici, restent permanents.

*Influence du silbersalvarsan sur le liquide céphalo-rachidien.*  
— Weichbrodt, Kolle, Knauer, Gennerich, etc..., disent tous que le liquide céphalo-rachidien est fortement influencé par le silbersalvarsan.

Voici quelques analyses :

Silbersalvarsan dans la syphilis récente du cerveau (concernent trois cas de neurorécidives) (Dreyfus).

Cas	Dates	Pression	Albumine	Nonne-Apelt Phase I	Lymphocytes au cm <sup>3</sup>	Wassermann		Traitement
						Liquide C.-R.	Sang	
I	4-1-19	580	1 1/6 0/0	Op.	627	- 1,0	-	4,1 S.-S.
	15-2-19	260	1/2 »	Op.	6	- 1,0	-	
	10-5-19 3-7-19	270 180	1 1/2 » 5/12 »	Op. Op.	270 8	+ 0,2 + 0,2	+	3,2 S.-S.
II	22-5-19	200	1 1/3 »	Op.	178	+ 0,6	-	0,95 S.-S.
	10-6-19	180	2/3 »	Op.	98	+ 0,6	-	n'a plus été traité
III	15-10-14	600	1 1/3 »	Trbg.	547	+ 0,2	+	7,4 saliv.-natrium
	15-11-14	290	1 »	Op.	60	+ 0,6	+	

Le cas III a été traité en 1914 avec le salvarsan-natrium et sert de comparaison. — Ce tableau, dit l'auteur, est destiné à montrer les effets énergiques du silbersalvarsan sur le liquide céphalo-rachidien. Pour le cas I, qui était cliniquement comparable au cas III, 4 gr. 1 de silbersalvarsan donnèrent de meilleurs effets que 7 gr. 4 de salvarsan-natrium, ce cas concernait une méningo-récidive qui, cependant était plus difficile à influencer. Dans le cas II, on voit l'effet de 1 gr. de silbersalvarsan sur le liquide céphalo-rachidien. Si, dit l'auteur on compare ce tableau à celui qu'il publia en 1912 (M. m. W., 1912, nos 40-42) il ressort que le silbersalvarsan est supérieur à l'altsalvarsan et au néosalvarsan, employés à haute dose et même en combinaison avec le Hg (cas 9), sans que, pour cela, rien de décisif puisse être encore dit.

Silbersalvarsan dans la syphilis ancienne du cerveau (Dreyfus).

Cas	Dates	Pression	Albumine	Nonne-Apelt Phase I	Lymphocytes au cm <sup>3</sup>	Wassermann		Traitement
						Liquide C.-R.	Sang	
I	8-2-19	360	5/6 0,00	Op.	15	+ 0,2	-	2,4 S.-S.
	26-3-19	360	5/6 »	Op.	15	+ 0,8	-	
II	28-2-19	120	1 1/3 »	Op.	3	Ebauche +	+	4,3 S.-S.
	12-4-19	-	1/3 »	Op.		avec 1,0		



En comparant, dit l'auteur, ce tableau avec ceux qu'il possède pour ses cas antérieurs, « j'ai l'impression que le silbersalvarsan est supérieur aux autres préparations de salvarsan quant à l'effet sur le liquide céphalo-rachidien ».

Voici encore un tableau de Sioli, montrant les résultats sur le liquide céphalo-rachidien du silbersalvarsan dans la syphilis cérébrale.

*Syphilis cérébrale (Sioli)*

Dates	Silber-salvarvan	Wassermann R.		Lymphocytes au cm <sup>3</sup>	Nonne-Apelt	Albumine totale
		Sang	Liquide C.-R.			
19-6-19	7 gr. 85	+	0,1	29	+	4
22-9-19	"	+	0,6	8	+	4

Paralysie générale. Injection de silbersalvarsan dans la carotide primitive (Knauer, 2 cas).

Analyse avant le traitement.

Cas	Wassermann R.		Nonne	Pandy	Lymphocytes au cm <sup>3</sup>	Observations
	Sang	Liquide C.-R.				
I	+++	+++	+	+	163	+++ = très fortement positif.
II	+++	+++	+	+	5	++ = fortement positif.

Analyse après traitement.

Cas	Carotide primitive	Veines	Wasserman R.		Nonne	Pandy	Leucocytes au cm <sup>3</sup>
			Sang	Liquide C.-R.			
I	1,1 S.-S.	—	0	0	0 (?)	0	1,1
II	0,4 S.-S.	0,45	0	0	0	0	0,1

*Silbersalvarsan et tabès (Dreyfus)*

Cas	Dates	Pression	Albumine	Nonne-Apelt Phase I	Lymphocytes au cm <sup>3</sup>	Wassermann		Traitement
						Liquide C.-R.	Sang	
I	16 4-19 22-5-19	"	1 1/2 0/0 1/2 "	Tr. Op. Op.	157 5	1/2 douteux — 1,0	+ —	2,0 S.-S.
II	3-3-19 30-4-19	110 130	1/4 " 1/3 "	Op. O. Op.	53 2	1,0 — 1,0	+ +	2,0 S.-S.

Ce tableau montre, dit l'auteur que parallèlement à la séro-réaction « le liquide céphalo-rachidien est influencé de façon « considérable.

« L'influence du silbersalvarsan dans ces deux cas paraît être « supérieur à ce qu'on peut constater sur mes anciens tableaux « dans nombre de cas de tabès traités avec l'altsalvarsan ou le « néosalvarsan à des doses totales de 5 à 7 gr.

« Mais il faut attendre encore avant de conclure d'une façon « ferme. »

*Américains.* — Le capitaine Kimbrough a examiné le liquide céphalo-rachidien dans 19 cas de malades ayant pris leur 3<sup>e</sup> série de traitement, examen de laboratoire fait par le major Gentzkow.

Wassermann négatif à l'exception de deux cas dans lesquels la réaction donna un + — ; ces deux cas avaient été traités par d'autres préparations d'arsénobenzol pendant la première série de traitement ; novarsénobenzol au cours du premier traitement et de plus l'un d'eux eut une interruption de 6 mois entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> série.

## CONCLUSIONS

Il semble démontré par ce qui précède que le salvarsan à l'argent, qu'il s'agisse du luargol de Danysz ou de son frère puiné le silbersalvarsan de Kolle est une préparation très active, douée d'une grande puissance tréponémicide et donnant d'excellents résultats dans les syphilis primaires, secondaires ou tertiaires. Résultats supérieurs aux autres préparations de salvarsan et

comparable (comme le disent maints auteurs qui ont pu mettre en parallèles les deux) à ceux fournis jadis par l'altsalvarsan et ce avec des doses moindres et une toxicité plus faible comme il résulte des expériences sur les animaux. Cela joint à une technique plus pratique que celle nécessitée par l'ancien salvarsan. Dans les syphilis nerveuses, tout en enregistrant les bons résultats donnés par les auteurs, il semble qu'il convienne avant de se prononcer d'une façon définitive que le temps ait encore mis les choses au point.

Dans ces conditions, le salvarsan à l'argent constitue une acquisition précieuse par son efficacité et qui mérite à notre avis de prendre une place importante dans la gamme des préparations arsenicales destinées à lutter contre la syphilis.

En se conformant strictement aux indications relatives aux doses et à la technique des injections, il ne semble pas, après une expérimentation datant déjà de plus de deux ans, que le silbersalvarsan présente plus d'inconvénients que les autres préparations arsenicales : altsalvarsan, néosalvarsan, salvarsan-natrium ou sulfoxylat et cela tout en ayant une action au moins égale au premier de ces sels et nettement supérieure au trois autres.

#### BIBLIOGRAPHIE

- Prof. BERING. Sur le silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 20, 1919.  
Dr H. BOAS et A. KISSMEYER. Silbersalvarsan. *Med. Klin.*, n° 9, 1919.  
Prof. BRUNN et Dr LOWENBERG. Sur le silbersalvarsan-natrium et les dosages du salvarsan avec communication d'un cas *encephalitis-hæmorrhagica* après le néosalvarsan. *Berl. Klin. Woch.*, n° 39-40, 1919.  
Dr WALTER COHN. Silbersalvarsan-natrium et sulfoxylat dans les maladies nerveuses syphilitiques et la paralysie générale. *Wärth. Med.*, 1920.  
Prof. G. L. DREYFUS. Le silbersalvarsan dans les maladies du système nerveux. *Münch. Med. Woch.*, n° 31, 1919.  
Prof. G. L. DREYFUS. Effets secondaires du silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 47-48, 1919.  
Prof. G. L. DREYFUS. Spirillotoxémie et arsénotoxémie cérébrale ; réaction après salvarsan. *Münch. Med. Woch.*, n° 48, 1919.  
Dr JOH. FABRY. Sur le traitement de la syphilis par le silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 44, 1918.  
Prof. Dr FABRY. Sur le traitement de la syphilis par le silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 49, 1919.  
Prof. Dr FABRY. Ce qu'il faut observer pendant le traitement avec le silbersalvarsan. *Medizinische Klin.*, n° 47, 1919.  
Prof. J. FABRY. L'état actuel du traitement de la syphilis (silbersalvarsan-sulfoxylat). *Med. Klin.*, n° 27, 1920.

- Dr E. FRIEDLANDER. Le traitement des maladies nerveuses syphilitiques par le silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 18, 1919.
- Prof. E. GALEWSKI. Deux ans de thérapie par le silbersalvarsan. *Münch. Med. Woch.*, n° 5, 1919.
- Prof. Dr GALEWSKI. Sur le silbersalvarsan-natrium. *D. Med. Woch.*, n° 48, 1918.
- Prof. Dr GENNERICH. Sur le silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 45, 1918.
- Prof. Dr GENNERICH. Traitement de la lues par le silbersalvarsan, expériences faites durant la guerre. *Berl. Klin. Woch.*, n° 34, 1919.
- Dr PAUL GOLDBERGER. Notre expérience du silbersalvarsan. *Med. Klin.*, n° 38, 1919.
- Prof. HAHN. Sur le silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 50, 1918.
- Dr J. HOPPE. Sur le silbersalvarsan. *Münch. Med. Woch.*, n° 48, 1919.
- Prof. Dr HAUCK. Le traitement de la syphilis par le silbersalvarsan. *Med. Klin.*, n° 24, 1919.
- Dr ED. HOFMANN. Sur un cas de mort après le silbersalvarsan. *Dermato-Zeitschrift*, 1919.
- Dr F. KALBERLAH. Le traitement de la sclérose multiple par le silbersalvarsan-natrium. *Med. Klin.*, n° 32, 1919.
- Prof. Dr G. KERL. Sur le silbersalvarsan. *Wiener Klin. Woch.*, n° 17, 1919.
- Dr G. KNAUER. Sur le traitement de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale par le silbersalvarsan en injection dans les carotides. *Münch. Med. Woch.*, n° 23, 1919.
- Prof. W. KOLLE, Priv. Doz. Dr RITZ. Examen expérimental dans la syphilis expérimentale du lapin de l'argent en considération du silbersalvarsan. *M. Med. Woch.*, n° 18, 1919.
- Prof. W. KOLLE. Communication sur le silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 2, 1920.
- Prof. W. KOLLÉ. Thérapie d'Ehrlich de la syphilis avec l'arsénobenzol et le silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 9, 1920.
- Prof. Dr C. KREIBICH. Sur le silbersalvarsan-natrium. *Med. Klin.*, n° 7, 1919.
- Prof. Dr LENZMANN. Expériences avec le silbersalvarsan-natrium. *D. Med. Woch.*, n° 13, 1919.
- Prof. LENZMANN. Traitement combiné des syphilis par silbersalvarsan-natrium et argent colloïdal. *D. Med. Woch.*, n° 36, 1920.
- Dr LEWY-LENZ. Mon expérience avec le silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 52, 1919.
- Dr W. LOEWEY. Recherche sur l'effet du silbersalvarsan pur et le traitement Hg et natrium salvarsan combinés. *Inaugural Dissertation Haut. Klin.*, Bonn, 1920.
- Dr OTTO MERGELSBERG. Un cas de sursensibilité envers le biiodure de mercure et le silbersalvarsan. *Derm. Zeit. Heft.* 3, 1920.
- Dr H. MÜLLER. Traitement de la syphilis par le silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 51, 1918.
- Prof. Dr O. NAGELI. Le silbersalvarsan-natrium et quelques mots sur la thérapie de la syphilis et le diagnostic. *Schweizerische med. u. Dermat. Unv. Klin.*, 1920.
- Prof. Dr VON NOTTHAFT. Expériences avec le silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 13, 1919.
- Dr NOLTEN. Silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 36, 1919.
- Dr NOLTEN. Supplément pour l'indication et l'emploi de la salvarsanthé-

- pie et de la syphilis sans biiodure de mercure. *Munch. Med. Woch.*, n° 10, 1919.
- Prof. J. H. RILLE et Priv. Doz. Dr R. FRUHWALD. Le traitement de la syphilis par le silbersalvarsan.
- WILH. SASSE. Silbersalvarsan et sulfoxylat dans leur usage thérapeutique. *Inaugural Dissertation Univ. Haut. Klin. Giessen*, Prof. JESIONEK, 1919.
- Dr JOS. SELLEI. Le silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 45, 1918.
- San R. Dr SCHINDLER. L'effet du silbersalvarsan-natrium sur la syphilis et la séro-réaction. *Med. Klin.*, n° 25, 1919.
- Dr W. SCHENFELD et Dr G. BIRNBAUM. Sur le silbersalvarsan-natrium effets sur la W.R. *Munch. Med. Woch.*, n° 38, 1919.
- Dr OTTO SINN. Neurorécidive après salvarsan et silbersalvarsan. *Munch. Med. Woch.*, n° 43, 1919.
- Dr J. SIOLI. Sur le traitement de la paralysie progressive par le silbersalvarsan et sulfoxylat. *Priv. Doz. D. Med. Woch.*, n° 8, 1920.
- Prof. C. STERN. La technique des injections de silbersalvarsan. *Munch. Med. Woch.*, n° 48, 1919.
- Dr A. STUMMER. Expérience avec le silbersalvarsan. *Munch. Med. Woch.*, n° 29, 1920.
- Dr H. TÖPFFER. Traitement par le silbersalvarsan. *Munch. Med. Woch.*, n° 28, 1920.
- Dr W. WAGNER. La valeur de la thérapie salvarsan combinée au point de vue clinique en tenant compte du silbersalvarsan comme préparation de combinaison. *Munch. Med. Klin.*, n° 27, 1920.
- Dr R. WEICHRODT. Silbersalvarsan-natrium et sulfoxylat préparation (n° 1495) dans la paralysie générale. *D. Med. Woch.*, n° 44, 1918.
- Dr KURT WIENER. Expérience avec le silbersalvarsan. *D. Med. Woch.*, n° 25, 1920.
- Oberarzt Dr E. ZURHELLE. Les effets de la cure silbersalvarsan dans la syphilis primaire et les néphrites syphilitiques. *D. Med. Woch.*, n° 49, 1920.
-

## UN CAS DE MORT PAR NOVARSÉNOBENZOL POUR LEQUEL LA TOXICITÉ DES PRODUITS EMPLOYÉS NE PEUT ÊTRE MISE EN CAUSE

Par MM. NICOLAS et JEAN LACASSAGNE.

La pathogénie des accidents tardifs et mortels dus au novarsénobenzol demeure obscure.

Nous relatons un cas dans l'étiologie duquel le produit et l'eau employés ne peuvent être mis en cause. Voici les faits :

Maria A... Italienne de 20 ans, grande, forte, entre à la clinique de l'Antiquaille le 13 janvier 1919 pour syphilis secondaire : plaques muqueuses vulvaires, éruption papulo-squameuse des membres et du tronc, plaques des amygdales. Chancre passé inaperçu. Le 14 janvier on fait une première injection de 0 gr. 30 de novarsénobenzol. Injection parfaitement tolérée. Le 21 janvier on pratique une seconde injection dans les conditions suivantes : deux centimètres cubes d'eau bidistillée sont introduits dans une ampoule de 0 gr. 90. Une fois la dissolution obtenue, la moitié du liquide, soit 0 gr. 45, est injectée à une malade qui vient du dehors suivre un traitement ambulatoire ; l'autre moitié est injectée à Maria A.

Rien à signaler dans la journée et dans la nuit du 21, du 22 janvier, du moins la malade n'a rien signalé de particulier. Le 23, dans la soirée, elle se plaint de lassitude et de courbature générale. On prend la température = 37,2. Dans la nuit du 23 au 24 janvier, elle a présenté une respiration bruyante qui a attiré l'attention de la surveillante. La malade, à ce moment, était dans le coma ; en outre on constatait des crises convulsives du côté des membres supérieurs et inférieurs, se succédant toutes les trois minutes.

On réchauffe la malade, injection de caféine, d'adrénaline, saignée ; rien n'y fit. A midi, la malade était morte. Autopsie impossible.

Ajoutons que l'autre malade est revenue huit jours après, ayant parfaitement toléré son injection.

A côté des observations où des accidents survenant en série, à la suite d'injections intraveineuses de novarsénobenzol, doivent faire incriminer une série toxique du produit, il est donc des cas, comme celui-ci, où seules les prédispositions individuelles peuvent être mises en cause et où la présence d'un sujet témoin, donne à l'observation la valeur d'une véritable expérience de laboratoire.



## REVUE DES LIVRES

**Précis-atlas de pratique dermatologique**, par L. Brocq. Vol. de 1272 pages, avec 60 planches hors texte contenant 320 figures. Doin, éditeur. Paris, 1921.

Ce magnifique volume comprend deux parties : une première constitue le précis de Dermatologie, une seconde représente l'atlas servant à illustrer le précis.

Alors que le *Traité élémentaire de Dermatologie* du maître de Saint-Louis paru en 1907 s'adressait surtout aux dermatologistes de profession, le précis actuel est destiné aux praticiens : c'est l'abrégé du premier ouvrage, dont l'auteur a retranché tout ce qui est purement scientifique et spéculatif ; de plus il l'a remis au point en ajoutant les acquisitions récentes de la dermatologie sur les mycoses cutanées, le traitement de la syphilis, le diagnostic par le grattage méthodique, etc... Comme il le dit dans sa préface, l'auteur a longuement hésité pour savoir s'il classerait les dermatoses par ordre alphabétique ou s'il tenterait une classification rationnelle ; il est heureux qu'il se soit arrêté à ce dernier choix car il suffit de comparer la table des matières des figures dans laquelle les affections sont rangées par ordre alphabétique à la table du texte dans laquelle il a adopté cet ordre rationnel, pour comprendre tout l'intérêt de cette dernière classification ; l'un est un catalogue, l'autre est une exposition beaucoup plus réelle et vivante des dermatoses puisque c'est leur nature même et leur étiologie qui déterminent leur place dans cet ouvrage.

Après avoir, en quelques pages, exposé sa conception des dermatoses, l'auteur étudie longuement et avec précision les lésions élémentaires qui vont les constituer puis il envisage leur traitement général ; en passant, M. Brocq consacre trois pages au traitement interne des dermatoses et s'étend beaucoup plus longuement sur leur traitement externe. Il aborde alors l'étude des dermatoses en particulier et les sépare en deux grands groupes : les entités morbides vraies et les réactions cutanées. Dans le premier figurent celles pour lesquelles nous pouvons établir une étiologie bien définie : ce sont, par classes, les dermatoses artificielles, les dermatoses parasitaires dues à des parasites animaux ou végétaux dont la syphilis, les dermatoses microbiennes et celles qui sont probablement microbiennes mais dont on ne connaît pas encore les microbes pathogènes. Dans le second sont étudiées les réactions cutanées : ce sont les affections qui ne peuvent être classées que d'après leur simple aspect et leurs lésions anatomiques : c'est la recherche de la lésion élémentaire et non l'étiologie qui permet d'en faire le diagnostic ; souhaitons que ce groupe diminue de plus en plus d'importance au profit du premier. Ce sont, rangées par classes, les dermatoses prurigineuses dont les prurigos, l'eczéma, le lichen plan, les érythrodermies, les diverses variétés d'érythème, les

parakératoses et parasporiasis, puis les réactions cutanées dans lesquelles le système nerveux semble jouer un rôle majeur (myxœdème, syndromes trophoneurotiques, sclérodermie, pelade, zona, vitiligo), puis les dystrophies cutanées et enfin les néoplasies cutanées dont la nature parasitaire n'est pas démontrée. Cette classification qui a dû bien souvent embarrasser son auteur est celle qu'il a adoptée depuis longtemps; c'est la plus vivante, la plus rationnelle, celle qui sera la plus maniable au fur et à mesure que des faits nouveaux permettront de la modifier et si souvent M. Brocq a dû éprouver des difficultés et des scrupules avant d'en tracer les limites, il a eu en revanche la satisfaction de voir qu'elle a été adoptée par de nombreux auteurs français et étrangers; il est heureux que, pour la conception générale des dermatoses, il l'ait préférée à une description suivant un ordre alphabétique.

La seconde partie de ce volume est un atlas dans lequel sont représentées 320 figures extraites de la collection photographique particulière de l'auteur; ces épreuves sont dues au regretté Sottas et à M. Schaller. Par leur netteté, l'opportunité du choix et la précision du tirage elles constituent un recueil des plus instructifs. Nous félicitons M. Brocq d'avoir bien voulu nous faire profiter de ces documents si patiemment et si judicieusement recueillis et son éditeur d'avoir pu surmonter, dans les temps actuels, toutes les difficultés qu'a dû soulever cette œuvre.

Certes cet ouvrage remarquable résume toute la doctrine et l'expérience considérable du chef d'école qu'est M. Brocq, mais qu'il nous permette en terminant de souhaiter que ce ne soit pas là la dernière publication médicale, ainsi qu'il l'exprime dans sa dédicace. Nous espérons cependant pouvoir encore user et profiter de sa longue expérience car cette œuvre si vivante et de récents articles nous montrent qu'il peut encore beaucoup contribuer à notre instruction.

P. RAVAUT.

**Nouveau traité de médecine**, sous la direction de MM. les Professeurs G.-H. ROGER, F. WIDAL, P.-J. TEISSIER. Fascicule I. *Maladies infectieuses*. Librairie Masson et Cie.

Destiné à remplacer l'ancien traité de Charcot, Bouchard et Brissaud il sera la mise au point de toutes les connaissances médicales, de toutes les méthodes d'investigation tant cliniques que biologiques, chimiques, radiologiques, graphiques. Les auteurs ont voulu non pas préciser des techniques, mais indiquer quand on doit recourir aux nouvelles méthodes d'exploration, les renseignements qu'elles peuvent fournir, les conclusions thérapeutiques qui doivent en découler. Pour mener à bien une œuvre aussi considérable, ils ont groupé un grand nombre de collaborateurs dont la notoriété toute spéciale répond de la valeur scientifique et de l'intérêt pratique de leurs articles. Ils ont donné une large place dans leur nouveau traité aux questions de thérapeutique, de prophylaxie et d'hygiène.

Le premier fascicule commence par un rapide exposé de la pathologie générale des infections. Le professeur Roger y schématise le mode d'action des agents infectieux, le rôle du terrain, des associations microbiennes, puis les moyens de lutte de l'organisme. A côté des leucocytes il montre l'action des sensibilisatrices, le rôle antitoxique du sérum, expose la théorie de l'immunité et de la prédisposition, et comment leur étude a conduit à la vaccino et à la sérothérapie. Dans un chapitre clair et concis, il montre comment d'un diagnostic précis on arrive aux méthodes thérapeutiques étiologiques et spécifiques, bactériennes et sériques.

Les septicémies sont traitées par M. Sacquépée, les streptococcies et l'érysipèle par M. Roger. Les pneumococcies et la pneumonie par MM. Ménétrier et Stevenin.

M. Macaigne étudie les staphylococcies, les infections à tétrages, à coccobacilles de Pfeiffer, à diplobacilles de Friedlander.

Les infections putrides et gangréneuses sont exposées par M. Veillon.

Une longue étude de la méningococcie est faite par M. Dopter.

M. Hudelo traite de la gonococcie. D'abord étude bactériologique du gonocoque, caractères culturels, essais d'immunisation de l'homme et des animaux, mode d'action et infections associées. Une fois décrite la blennorrhagie uréthrale aiguë de l'homme, l'auteur insiste sur les modes de traitement : traitement abortif soit par les balsamiques, les injections urétrales ou encore les lavages uréthro-vésicaux. Leurs résultats sont des plus inconstants. La blennorrhagie est confirmée : traitement antiphlogistique, de moins en moins usité, traitement antiseptique le plus généralement admis. L'auteur précise les techniques, les médicaments à employer, leurs doses.

La blennorrhagie uréthrale chronique est étudiée dans toute sa complexité. H. montre la difficulté d'un diagnostic précis et complet. Il indique tout ce qu'il y a lieu de tenter soit qu'il s'agisse d'une infection relativement récente, soit que l'on ait affaire à une urétrite profonde avec infiltration dure. Puis il décrit les complications péri-urétrales et génitales.

Plus rapide est l'étude de la blennorrhagie de l'appareil uréthro-génital de la femme, les annexites n'ayant pas place dans cet article.

La gonococcémie et les localisations métastatiques au niveau des divers appareils, en particulier de l'appareil locomoteur, sont clairement présentées.

L'auteur termine par un chapitre sur les traitements sériques, vaccinaux et protéiniques. La sérothérapie soit à l'aide de vaccins anti-strepto, anti-méningo, antigonococcique a donné jusqu'ici des résultats peu convaincants. Les essais de Debré et Paraf avec des sérums polyvalents ont été plus encourageants. La vaccinothérapie a à son actif de beaux succès, soit que l'on emploie des vaccins chauffés, des vaccins non chauffés, des vaccins sensibilisés. H. estime que dans l'urétrite aiguë les résultats sont « des plus variables et trop souvent discutables ». Dans l'urétrite chronique insuccès réguliers. Au contraire le traitement des complications a permis de constater des faits très démons-

tratifs. Les guérisons les plus nettes et les plus rapides ont été observées dans le rhumatisme et dans l'épididymite; en particulier on obtient souvent la sédation immédiate de la douleur, et la chute rapide de la température. Ce n'est pas encore là tout ce qu'on est en droit d'espérer de ces méthodes.

Il ne nous appartient pas d'analyser en quelques lignes une longue monographie sur la gonococcie, nous voulons simplement dire qu'en dehors de la partie clinique pleine de la grande expérience de l'auteur, cette étude contient clairement présentées et critiquées toutes les méthodes d'essais thérapeutiques dont cette affection a été l'objet dans ces dernières années.

Les éditeurs ont mis un soin tout particulier à la présentation de ce nouveau traité; de belles reproductions en noir et en couleur, une bonne présentation typographique, une solide reliure de travail.

H. RABEAU.

**Le diagnostic clinique de la syphilis**, par G. PIGNET avec préface du Prof. Nicolas. — Un volume de 266 pages. La Maison Française d'art et d'édition Paris, 1920.

Ce livre est destiné au praticien et aux étudiants qui voudraient connaître et savoir apprécier judicieusement la valeur des signes de la syphilis. La description clinique de ses différentes manifestations est très clairement exposée et l'auteur s'est surtout attaché à faire une description pratique en évitant toute idée par trop théorique ou appartenant au domaine de la science pure.

Ce que j'apprécie surtout dans ce petit volume c'est l'effort constant de l'auteur pour ne pas s'éloigner de la clinique et sa lutte contre la tendance trop souvent néfaste de vouloir esquisser les difficultés en faisant appel aux procédés de laboratoire. J'approuve tout à fait les critiques que l'auteur fait de la réaction de Wassermann et j'insiste sur les erreurs qu'elle fait commettre chaque jour. Il est plus difficile de faire œuvre personnelle de clinicien, de prendre soi-même la responsabilité d'un diagnostic que de se dérober en demandant au laboratoire de trancher la difficulté.

En écrivant ce livre et en posant tous ces problèmes, l'auteur a fait œuvre de clinicien consommé et les fruits de son expérience seront aussi utiles à l'étudiant qu'au médecin.

P. RAVAUT.

**Traité de l'immunité dans les maladies infectieuses**, par J. BORDET. Un volume de 720 pages. Masson et Cie, éditeurs. Paris, 1921. Prix 40 fr.

« La vie est le maintien d'un équilibre incessamment menacé. C'est une corrélation de fonctions dans un milieu qui, n'étant pas immuable, est rarement parfait, mais aux déficiences duquel parent des phénomènes correcteurs et des réactions salutaires d'adaptation ». Telles sont les premières lignes de l'introduction du bel ouvrage de J. Bordet,

aussi l'étude de l'immunité comprend-elle la recherche de tous les moyens de défense si variés de l'organisme. A ce titre ce volume peut intéresser le dermatologiste qui voulant voir plus loin que la simple lésion cutanée sait, à propos de chacun des dermatoses, pénétrer dans l'intimité de phénomènes qui viennent s'extérioriser à la surface cutanée. Il y a déjà longtemps qu'en matière de syphiligraphie cette évolution est faite et ce sont surtout les manifestations générales de la syphilis, que nous envisageons aujourd'hui, laissant au second plan les lésions cutanées. De plus en plus le dermatologiste doit rechercher les troubles généraux qui produisent ou favorisent les lésions cutanées et c'est à ce titre qu'un ouvrage aussi complet sur l'immunité doit attirer toute son attention.

Elève de Metchnikoff et continuant son œuvre, M. Bordet a singulièrement élargi ce grand problème et contribué, par ses travaux sur la sérologie, à éclairer quelques points obscurs de cette question dominant toute la pathologie ; personne, mieux que lui, ne pouvait fixer l'état actuel de la question et nous devons le remercier d'avoir entrepris cette œuvre et de l'avoir si magistralement exposée.

P. RAVAUT.

**Le traitement de la syphilis** (The treatment of Syphilis), par SHERIDAN BAKETEL. New-York : *The Mac Millen Comp.*, 1920.

Dans ce volume l'auteur décrit surtout la technique des injections intraveineuses des sels arsenicaux, leur chimiothérapie, leurs indications et contre-indications. Ce livre n'a de la valeur que pour les débutants dans la thérapeutique intraveineuse.

S. FERNET.

**Dermatologie usuelle, Diagnostic et traitement**, par le Dr R. BARTHÉLÉMY. Librairie Arnette, 2, rue Casimir Delavigne.

C'est un petit aide-mémoire d'une centaine de pages, dans lequel l'auteur a réussi à condenser les éléments de diagnostic des affections dermatologiques courantes, et les moyens thérapeutiques usuels. Dans une première partie, il traite des lésions élémentaires, des médications générales et locales, des formes thérapeutiques, de leur valeur relative, des modes d'application, des indications.

La seconde partie de beaucoup la plus importante passe en revue par ordre alphabétique les différentes affections de la peau. Quelques lignes pour définir les caractères de la lésion ; puis B. fait avec netteté et précision le diagnostic différentiel, enfin il expose plus longuement le traitement. Il s'est attaché à le rendre simple, à user d'un nombre restreint de médicament, et à montrer de façon clinique à les bien employer. Nul doute que ce petit livre ne reçoive le bon accueil que lui prédit le docteur Balzer dans sa préface.

H. RABEAU.

## REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

### *Étude clinique.*

#### *Cœur.*

Contribution à l'étude de l'étiologie de l'angine de poitrine vraie et rôle de la syphilis, par GALLAVARDIN, *Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 2 déc. 1919, *Lyon Médical*, 10 janvier 1920.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° L'angine de poitrine vraie est beaucoup plus fréquente chez la femme.

2° Dans un quart des cas, elle apparaît au-dessous de 50 ans, dans la moitié des cas entre 50 et 60 ans ; dans un quart au delà de 60 ans.

3° La syphilis n'est pas le facteur exclusif, il s'en faut. Sur la statistique se rapportant à 100 sujets, la syphilis était certaine dans 32 cas, douteuse dans 5. Dans 63 cas, il n'y avait aucune raison de soupçonner cette infection.

D'autre part dans 15 pour 100 des cas il y avait coexistence d'insuffisance aortique et d'angine de poitrine. Un cas à éliminer dans lequel la lésion sigmoïdienne était d'origine rhumatismale. Dans les 14 autres, la syphilis était certaine dans 13 cas.

L'auteur considère donc l'angine de poitrine associée à l'insuffisance aortique d'origine artérielle comme presque toujours d'origine syphilitique, contrairement à l'angine de poitrine vraie qui ne le serait que dans la moitié des cas.

J. LACASSAGNE.

#### *Estomac.*

Syphilis de l'estomac par R. BENSUADE et LUCIEN RIVET, *La Presse Médicale*, 25 octobre 1919, p. 621.

B. et R. passent en revue quelques-unes des formes les plus couramment rencontrées de syphilis gastrique : 1° l'ulcère syphilitique ; 2° la tumeur syphilitique, forme pseudo-cancéreuse ; 3° la syphilis gastrique à forme de linité ; 4° les formes sténosantes : sténose du pylore et sténose médiogastrique. Les manifestations cliniques de la syphilis gastrique sont polymorphes ou n'arrive au diagnostic qu'en faisant état des antécédents de la coexistence d'autres manifestations spécifiques en évolution ; l'épreuve thérapeutique doit être instituée méthodiquement dans tous les cas suspects. L'épreuve thérapeutique acquiert toute sa valeur quand elle a été précédée de l'échec du régime et des médications gastriques usuelles. L'iodure et le mercure administrés par voie buccale sont habituellement très bien tolérés par l'estomac de ces malades alors qu'ils aggravent les lésions qui ne sont pas de nature syphilitique.

R.-J. WEISSENBACH.

#### *Foie.*

Syphilis du foie (Syphilis of the liver), par WILE. *Archives of Dermat. and Syphilol.*, févr. 1920, p. 139.



Revue générale de la question et description des différentes formes de la syphilis hépatique de l'adulte : ictère bénin et ictère grave, hépatite diffuse interstitielle, gommès, cicatrices.

S. FERNET.

### Glandes.

**La syphilis des glandes endocrines**, par E. SCHULMANN, *Le Paris Médical*, 29 mai 1920, n° 22, page 442.

S. rappelle les points importants de l'histoire étiologique, anatomique et clinique de la syphilis des glandes endocrines. Il insiste sur le traitement qui doit être double antisiphilitique et opothérapique pour suppléer à la déficience glandulaire.

R.-J. WEISSENBACH.

### Intestins.

**Un cas de syphilis intestinale** (Caso de syphilis intestinal), par W. RIBEIRO. *Archivos mineiros de Dermato-Syphiliographia*, n° 1, p. 3.

Brillant résultat du traitement par l'arsénobenzol d'une entérite datant de 10 ans.

PELLIER.

### Nerfs.

**Un cas de polynévrite syphilitique**, par BOUCHUT et de LAMBERT, *Lyon médical*, 10 juillet 1920, p. 572.

Chancre et accidents secondaires trois ans auparavant. Les symptômes de polynévrite ont débuté un mois avant l'entrée à l'hôpital.

Un traitement par le Novarsénobenzol allant de 0 gr. 30 à 0 gr. 90, est institué.

Amélioration considérable dès la seconde injection. Guérison.

JEAN LACASSAGNE.

**Polynévrite syphilitique** (Uber Polynevritis syphilitica), par W. KERL. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1920, n° 42, p. 921.

K. rappelle (un peu incomplètement) les recherches antérieures qui ont établi l'existence de la polynévrite syphilitique, les discussions sur leur nature mercurielle ou réellement spécifique, leur précocité parfois extrême, comme dans le cas de Cestan et dans le sien propre (antérieur de 2 jours à l'exanthème). Il donne l'observation d'une femme de 45 ans, qui, antérieurement à tout traitement et à l'apparition d'une syphilide papuleuse, a présenté les signes d'une polynévrite grave (paralysie, etc.) accompagnée d'altérations notables du liquide céphalo-rachidien, de paralysie faciale, etc. Guérison après 7 injections de sulfoxylat.

Sur 6 cas publiés, avec examens du liquide céphalo-rachidien, 3 étaient normaux.

S'agit-il d'une lésion par toxine ou d'une localisation spirochétique ? K. opte pour la deuxième hypothèse. CH. AUDRY.

### Os.

**Un cas de syphilis osseuse à manifestations multiples**, par A. GILBERT et Fr. SAINT-GIRONS, *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 19 décembre 1919, p. 1091.

Observation d'une femme de 50 ans atteinte de lésions syphilitiques multiples : 1<sup>o</sup> perte de substance osseuse de la région bregmatique de 7 centimètres sur 5 centimètres ; 2<sup>o</sup> lésion gommeuse derrière l'oreille gauche ; 3<sup>o</sup> ostéite du cubitus ; 4<sup>o</sup> fracture indolente du radius droit ; 5<sup>o</sup> ostéite et nécrose du 2<sup>e</sup> métacarpien gauche ; 6<sup>o</sup> tuméfaction de l'articulation sternoclaviculaire gauche ; 8<sup>o</sup> syphilides ulcéro croûteuses de la narine gauche ; 9<sup>o</sup> hypertrophie splénique.

R.-J. WEISENBACH.

### Prostate.

**Syphilis de la prostate** (Syphilis of the prostate), par THOMPSON. *The American Journ. of Syphilis*, avril 1920, p. 323.

Revue générale comprenant toutes les observations de syphilis prostatique publiées jusqu'à l'heure actuelle et un cas personnel.

Homme de 39 ans, syphilitique depuis 15 ans, soigné d'une façon irrégulière se plaint de dysurie. Pas de blennorrhagie. Le toucher montre une augmentation de volume et une dureté extrême du lobe droit de la prostate. Le massage de la prostate fait sourdre au méat un liquide muqueux marron. Par élimination et à cause du résultat positif de la réaction de Wassermann, on porte le diagnostic de syphilis prostatique. Un traitement arsenico mercuriel fait disparaître la dysurie en 8 jours. En même temps la prostate revient à son état normal.

Les quelques observations réunies permettent d'établir que la syphilis de ce prostate est très rare. Sur 24 cas publiés — 12 seulement sont certains. Il est probable qu'elle passe souvent inaperçue, car sa symptomatologie est très restreinte et se limite à une augmentation de volume partielle ou totale et de la dureté. Le diagnostic ne peut donc être établi que par élimination. Le pronostic est bon, la régression de l'infiltrat se faisant régulièrement sous l'influence du traitement spécifique.

S. FERNET.

---

*Le Gérant* : F. AMIRAULT.

---

